Anul I. Nr. 1—3. Ianuarie — Martie 1941.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXII Anul VII -

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu Inspectoratului General Sanitar Sibiu şi al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:
Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacţie:
Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACŢIE:
Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. I. Drăgoiu, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Haţieganu, Dr. L. Ionaşiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Dr. I. Stoichiţia, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof Dr. E. Ţeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V Weindel.

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj—Sibiu, str. Haller Nr. 1
Telefon 45

SUMARUL:

Prof. Dr. V. Papilian: † Profesorul Dr. Ion Minea . . . . . Pag. 1
Comitetul de red.: Cuvânt înainte . . . . . „ 2
Prof. Dr. C. Grigoriu: In pribegie . . . . . „ 3

Articole ştiinţifice:

Prof. Dr. M. Sturza: Importanţa preventivă şi terapeutică a climei de iarnă . . . . „ 4
Prof. Dr. E. Ţeposu: Tehnica chirurgicală în epiteliomul rinichiului . . . . . „ 17
Conf. Dr. T. Popovici şi Dr. R. Popa: Consideraţiuni anatomo-clinice asupra unui limfangiom cavernos al spaţiului recto-vaginal . . . . . „ 20
Conf. Dr. I. Gavrilă şi Dr. I. Briciu: Consideraţiuni asupra nefritei scarlatinoase . . „ 21
Dr. H. Tănăsescu: Infecţia colibacilară şi graviditatea . . . . . „ 25
Dr. S. Gârbea şi Dr. G. Popovici: Foliculinoterapia în tratamentul hemoragiilor din domeniul oto-rino-laringologiei . . . . . „ 29
Dr. C. Gheorghiu şi Dr. Crişan Mircioiu: Consideraţiuni asupra plăgilor arteriale în legătură cu un caz personal de arteriorafie . . . . . „ 32
Dr. E. Bologa: Antagonismul hormonilor sexuali . . . . . „ 35
Dr. N. Coja: Turburările şi accidentele rachianesteziei şi tratamentul lor . . . . . „ 39
Dr. I. Graur şi Dr. O. Fodor: Trei cazuri de intoxicaţie de plumb cu simptomatologie incompletă . . . . . „ 42
Dr. V. Stanciu: Chist hidatic multiplu al ficatului şi chist pulmonar cu dextrocardie . . „ 45

Probleme sanitare şi de ocrotire:

Vizita Domnului Ministru al Sănătăţii, Muncii şi Ocrotirilor Sociale, Profesor Dr. P. Tomescu şi a Domnului Secretar General Dr. I. Stoichiţia la Sibiu . . . . . „ 47
Dr. I. Cosma: Autonomia bugetară a spitalelor . . . . . „ 50
Societăţi medicale . . . . . „ 52
Colegiul medicilor . . . . . „ 61
Revista cărţilor . . . . . „ 66
Revista revistelor . . . . . „ 67
Note şi informaţiuni . . . . . „ 74

Inscrisă la Tribunalul Sibiu, Secţia II-a, sub Nr. Fl. 47/1941. — Tipografia „DACIA TRAIANĂ“ S. A., Sibiu

21001.

Redacţionale

Toată corespondenţa referitoare la chestiuni de redacţie şi administraţie se va adresa: Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale şi articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăşi 8 pagini de revistă. Costul tiparului peste 8 pagini va fi suportat de autor.

Autorii vor prezenta odată cu articolul şi un mic rezumat în româneşte, franţuzeşte şi nemţeşte.

Costul extraselor îl priveşte pe autor şi jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele administraţiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică şi polemică ce vizează persoane, ca şi articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din ţară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în româneşte, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina şi anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clişeelor priveşte pe autori, iar achitarea lor se va face imediat după anunţarea făcută de către administraţia revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 400. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poştale pe adresa: Administraţia Ardealul Medical, Clinica ginecologică şi obstetricală, Cluj-Sibiu, str. Haller 1.

Domnii abonaţi sunt rugaţi să anunţe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînţelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunţurile se angajează direct prin Administraţia revistei cu tariful următor:

1	pagină	odată	3.000,	3	ori	8.000,	6 ori	15.000,	12 ori 25.000 Lei
1/2	„	„	2.000,	„		5.000,	„	8.000,	„ 15.000 „
1/4	„	„	1.200,	„		3.000,	„	5 000,	„ 8.000 „
1/8	„	„	800,	„		2.000,	„	3.000,	„ 5.000 „

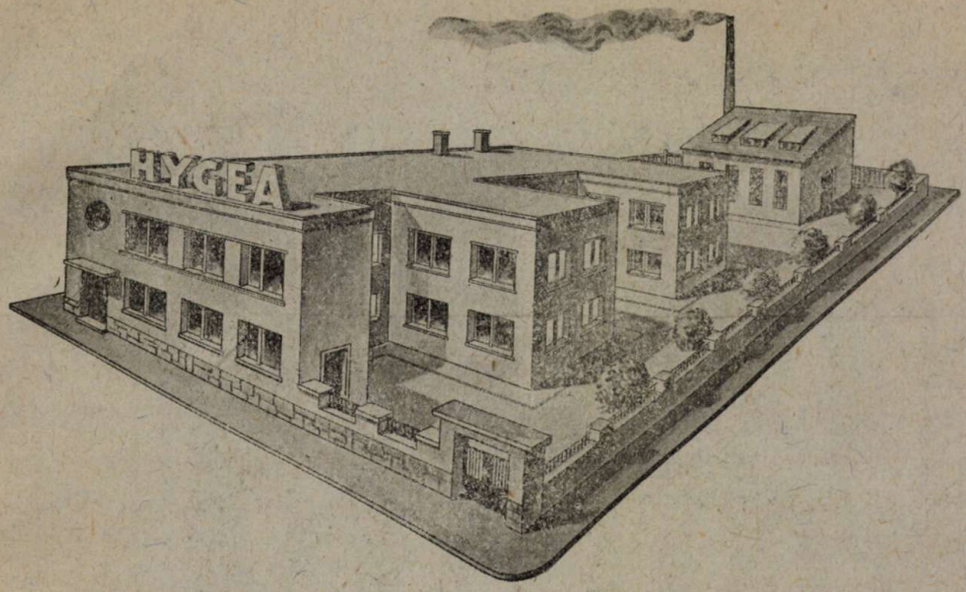
Pentru encartage se plăteşte 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunţuri plasate pe pagina recto se socoteşte un plus de 30%.

Pentru anunţuri periodice (băi, staţ. balneare, staţ. climaterice etc.) se plăteşte un plus de 50%.

Tabloul de preţuri al extraselor pe formatul 8° valabil dela 1 Aprilie 1941.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culeur										Observaţie
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	500	1000	3000	5000	
			exemplare										
	Lei		Lei										
4	150	27	50	60	70	90	100	120	200	350	1000	2800	1 pagină din revistă corespunde cca. la 3 pagini din extras.
8	210	39											
12	290	51											
16	360	63											
	Extrase pe hârtie velină		Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clişeu se va socoti în plus 10 Lei.
4	160	33	70	90	140	190	240	320	500	800	2100	3700	
8	220	51											
12	320	69											Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti în plus.
16	390	87											



CLUJ

MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-aethanol-dioxybensol-formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor parazitare

SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. phoeniculi
Ol. menthae

**Gastrite,
Gastro-enterite
Intoxicaţiuni alimentare,
Constipaţii**

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfamido-chrisoidină
0,10 p-Aminobenzen-sulfamidă

**Septicemii
Boli infecţioase**

HYGEA

HYGEA, S. A. R. CLUJ

FABRICĂ PENTRU PRODUSE CHIMICE ŞI FARMACEUTICE

BUCUREŞTI, Splaiul Unirii 127

FARA TEAMA
DE IODISM

COLLO-IODE DUBOIS

cu iodhidraţi
de acizi aminaţi

realizează un progres
terapeutic indiscutabil

Asupra Jodopeptonilor

Jodurilor Alcalini

Soluţiilor de Jod

Laboratoires DUBOIS, 34 Rue Pergolese — Paris

Eşantilioane medicale şi literatură la

Reprezentantul general pentru România, PAUL ILUTZA

BUCUREŞTI IV, Str. Olari 23 - Tel. 2,39,45

Pentru Domnii Medici mostre gratuite la cerere

Anul I. Ianuarie—Martie 1941 Nr. 1—3

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL — END. GIN. OBST.
Anul XXII Anul VII Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

PROFESORUL Dr. ION MINEA

1878—1941

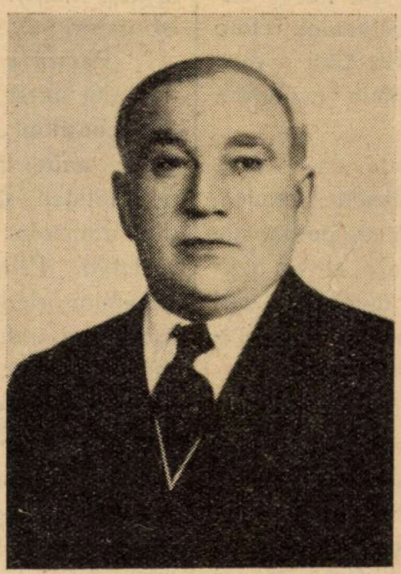
O nouă şi mare nenorocire s'a abătut asupra sufletelor noastre terfelite de atâta vreme în otravă şi durere. Cel mai inteligent, cel mai productiv şi cel mai tenace dintre noi ne-a părăsit.

Ne-a părăsit când duşmanii din toate părţile scrâşnesc din dinţi împotrivă-ne, când ţara sfârticată are lipsă mai mult ca oricând, de vrednicia celor mai vrednici dintre fii ei, când facultatea în plină organizare cerea adunarea tuturor competinţelor.

S'a spus şi s'a repetat până la satietate că, nimeni nu e indispensabil.

La catafalcul lui Ion Minea ne-am dat seama câtă uşurinţă este în această banală afirmaţiune. Sunt pierderi cu adevărat ireparabile.

Ion Minea a fost un produs al acestei rase robuste de ţărani ardeleni de pe meleagurile Carpaţilor, unde şi-au dat întâlnire virtuţile convergente ale Românilor de pe cele două versante ale munţilor. Prin vorba lui a vorbit Românismul integral şi prin geniul lui, s'a manifestat puterea colectivă a neamului. De aceea inteligenţa lui avea un dar profetic naţional în manifestările ei; iar munca lui o valoare simbolică.



† PROF. Dr. ION MINEA

Ion Minea a contribuit să ridice ştiinţa română la nivelul celei apusene şi a ridicat-o printr'un extrem de cinstit îmbold al firei lui şi printr'o autentică vocaţiune de pasionat cercetător.

Nimic contrafăcut în sufletul lui, nimic improvizat, nimic de facilă parvenire în ţinuta lui, nimic de farsă. Era un om de ştiinţă, în chip firesc fără nicio sforţare, fără nici o silă, fără nici un interes, cum altul e poet sau artist.

Atâta conştiinţiozitate, atâta dragoste de adevăr, atâta muncă fără preget, numai la un om dăruit în chip, constituţional cu darul sfânt al pasiunii ştiinţifice se găsesc.

Dar toate aceste minunate virtuţi stau ascunse în umbra unei naturi modeste, pe care trebue s'o depăşeşti ca să descoperi omul.

Dar atunci ce profunzime de idei generoase, ce ascuţit spirit critic, ce miraculoasă putere de invenţie!

Lucrările lui sunt cunoscute în toată lumea ştiinţifică şi sunt o glorie a ştiinţei române. Orice problemă în legătură cu specialitatea lui îl interesează în chip deosebit. A fost anatom, fiziolog şi patolog nervos. De aceea are această vastă şi variată gamă de lucrări ştiinţifice: dela nucleii de origină a nervilor cranieni şi până la cultura în vitro a ţesutului nervos, dela variaţiunile anatomice ale neuronului senzitiv şi până la tratamentul sclerozei în plăci cu injecţiuni intrarahidiene cu lecitină, care i-au adus nu numai gloria ştiinţifică, dar şi recunoştiinţa unora din cei mai nenorociţi bolnavi.

Ca Rector şi ca Decan a adus servicii imense facultăţii noastre, încă din primele începuturi ale organizării ei.

Ca profesor, douăzeci de serii de studenţi au dobândit dela Ion Minea nu numai noţiunile tehnice ale meseriei medicale, dar mai ales gustul pentru cercetări şi plăcerea pentru ştiinţă. Douăzeci de ani el le-a servit ca exemplu de muncă fără preget şi de cinstită comportare.

De aceea nu există om de bine în ţara aceasta care să-l fi cunoscut şi să nu-i simtă pierderea atât pentru el cât şi pentru întreaga colectivitate românească.

Dar noi colegii şi prietenii lui mai avem un alt temei de durere. Era un om admirabil în relaţiunile lui personale, era un minunat prieten.

„Domnul Ion" cum îl spuneam în semn de mult drag, dar şi în semn de respect, dacă în clinică şi laborator era impasibil ca un chirurg, îndată ce desbrăca

2100/

bluza de spital, devenea omul cel mai comunicativ, cel mai apropiat şi cel mai interesant. Nimeni nu i-a întins o mână fără ca să nu le primească pe ambele şi nimeni nu i-a cerut un colţ din suflet, fără ca să nu-l fi primit pe deantregul.

Prin moartea lui Ion Minea, ştiinţa a pierdut un pioner, ţara un ostaş al ştiinţei, Rectoratul Universităţii un consilier competent, studenţii un învăţat şi noi profesorii, un prieten devotat.

Am dori ca aceste extrem de palide cuvinte să capete tărie din toată durerea noastră şi prin ele să aducem cât decât o alinare fiinţelor scumpe rămase în urmă-i, admirabilei soţii care cu atâta devotament l-a îngrijit până în ultima clipă, rudelor care aveau întrânsul un sprijin şi tuturor acelora care trăiau în atmosfera de muncă şi de drag a sufletului său.

Este la fatala despărţire o clipă de smerenie, de reculegere, dar şi de întărire sufletească. Moartea unui om ca Ion Minea ne face mai buni, mai înălţaţi sufleteşte, mai uniţi.

Cu toţii strânşi laolaltă, dela studenţi până la profesori, avem datoria să ducem mai departe ca pe un steag scump şi să-l transmitem generaţiilor viitoare, numele lui Ion Minea, aceasta pentru binele ţării pentru binele Universităţii şi pentru demnitatea noastră intimă de oameni şi prieteni. Prof. **Dr. V. Papilian.**

Cuvânt înainte

Timp de 21 de ani Universitatea Regele Ferdinand I a cultivat la Cluj ştiinţa şi cultura, pe cari apoi le-a împrăştiat din capitala Ardealului pe întreg cuprinsul ţării, dar mai ales în acel al Transilvaniei. Timp de 21 de ani Facultatea de Medicină din Cluj a desvoltat în acest centru românesc o activitate neobosită în toate domeniile spiritului medical.

Scopul principal al Facultăţii, acela de a crea medici bine pregătiţi pentru vieaţa medicală practică, a fost satisfăcut cu prisosinţă. Intr'adevăr de pe băncile Facultăţii de Medicină din Cluj în fiecare an au ieşit serii de medici cu temeinice cunoştinţe medicale, cari în toate împrejurările numai cinste au făcut şi fac Facultăţii, la care şi-au însuşit cunoştinţele.

In clinicile şi laboratoarele din Cluj şi-au făcut specialitatea o serie întreagă de medici distinşi, cari astăzi pe întreg cuprinsul ţării ocupă locuri de frunte în erarhia medicală: medici primari de spitale de diferite specialităţi, directori de spitale, inspectori generali sanitari. Toţi aceşti medici în oraşele, unde se găsesc, au reuşit ei înşuşi să creeze centre medicale de o înaltă valoare ştiinţifică.

Dacă Facultatea de Medicină din Cluj s'ar fi mărginit numai la faptul de a pregăti buni medici practicieni de medicină generală şi de specialitate, şi atunci şi-ar fi justificat cu prisosinţă existenţa ei, dată fiind lipsa mare de medici români cu cunoştinţe temeinice, care era în special până acum, dar mai este şi astăzi. Insă Facultatea nu s'a mărginit numai la acest scop, ci ea a activat foarte intens timp de 21 de ani şi pe teren ştiinţific. Intregul personal medical în frunte cu profesorii Facultăţii au desvoltat o activitate medicală ştiinţifică din cele mai însemnate. S'au tipărit manuale didactice în limba română din cele mai multe specialităţii medicale. S'au publicat lucrări de o incontestabilă valoare ştiinţifică în revistele medicale româneşti şi streine, mai ales franceze şi germane, atât din domeniul clinic, cât şi al cercetărilor şi experienţelor de laborator.

Pentru a da o posibilitate cât mai largă de a se desvolta acest spirit ştiinţific de cercetare şi observare s'au constituit în Cluj diferite societăţi medicale ştiinţifice, unde toţi medici tineri şi mai în vârstă aveau posibilitatea să vină cu cercetările lor de laborator şi din domeniul clinic şi să le expună în faţa acestor societăţi. Prima societate medicală a fost Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj, înfiinţată în 1919, care a funcţionat timp de 21 de ani neîntrerupt şi care a rămas tot timpul societatea ştiinţifică medicală centrală de pe lângă Facultate. Şedinţele acestei societăţi au constituit o adevărată şcoală ştiinţifică pentru membrii societăţii.

Pe măsură ce diferitele specialităţi medicale s'au perfecţionat s'a simţit necesitatea de a crea şi alte societăţi după specialitate, astfel s'au constituit: Societatea de endocrinologie, ginecologie şi obstefrică, Reuniunea anatomică, Societatea de dermatologie şi de sifiligrafie, Societatea de antropologie, Societatea de pediatrie, puricu tură şi nipiologie, Societatea de radiologie şi electrologie, Societatea medicală pentru educaţia fizică.

Această activitate ştiinţifică din cursul acestor 21 de ani în cea mai mare parte s'a publicat în revista Clujul Medical, înfiinţată deja la începutul anului 1920 şi care a apărut neîntrerupt în acest timp de 21 de ani în fiecare lună. Cu constituirea societăţilor pe specialităţi au luat fiinţă la Cluj şi alte reviste medicale: Revista de endocrinologie, ginecologie şi obstetrică, revista de pediatrie şi puericultură, revista ştiinţelor otorinolaringologice, revista stomatologică. Insă după cum Societatea Ştiinţelor Medicale a rămas totdeauna socie-

tatea principală de pe lângă Facultate, tot așa și Clujul Medical a constituit în mod constant revista medicală principală de pe lângă Facultate, unde s'au publicat probleme interesând toate specialitățile medicale.

Mulți dintre profesorii și medicii dela Cluj au desvoltat și o activitate intensă medico-socială, ținând conferințe medicale de popularizare pentru publicul intelectual dela orașe, dar și pentru muncitorii din cartierele sărace ale orașului, precum și pentru țăranii satelor noastre.

Această multiplă și rodnică activitate a Facultății noastre era în plină desvoltare și cu cele mai bune rezultate pentru întreagă țara, dar mai ales pentru Ardealul românesc, când în al 21-lea an de desfășurare arbitrajul cu totul nedrept și absurd dela Viena ne obligă s'o întrerupem în Cluj și s'o transpunem în alt oraș al Transilvaniei, în Sibiu. Cu toată această lovitură crudă ce ne-a ajuns, a cărei cauze nu este locul să le discutăm aci, să se știe că noi medicii români nu ne vom lăsa copleșiți de împrejurările vitrege prin care trecem, ci vom continua activitatea noastră întreruptă la Cluj cu același elan și însuflețire pentru binele țării, a neamului și a științei românești.

Activitatea noastră la Sibiu se va desvolta în același spirit ca și la Cluj, numai că împrejurările de lucru dela Sibiu impun o mai intimă colaborare și o mai strânsă unire între diferitele specialități, societăți și reviste medicale. De aceea s'a crezut util de a se contopi toate societățile medicale pe specialități dela Cluj în cadrele vechii Societății a Științelor Medicale, astfel să existe la Sibiu numai o singură societate medicală științifică, care să fie Societatea Științelor Medicale din Cluj la Sibiu, în cadrele căreia să funcționeze și celelalte societăți pe specialități ca filiale. Tot așa s'a convenit să se contopească și revistele medicale apărute la Cluj și la Sibiu într'una singură cu titlul de *„Ardealul Medical"*, cu subtitlurile de „Clujul Medical — Sibiul Medical — Endocrinologie, Ginecologie, Obstetrică", care revistă să reoglindească întreagă activitatea științifică și din alte domenii a Facultății de Medicină și a Spitalelor noastre.

Pentru a da o expresie mai solidă acestei contopiri și unificări de societăți și reviste medicale în comitetul Societății Științelor Medicale au intrat în calitate de vicepreședinți toți foști președinți de societăți pe specialități, tot așa și în comitetul de redacție al revistei „Ardealul Medical" au fost introduși aceleași persoane, precum și directorii și uni membrii din comitetul de redacție a fostelor reviste.

Vom căuta ca această revistă, pe lângă faptul ca să fie expresia fidelă a activității științifice a clinicelor, institutelor și spitalelor noastre, ea să fie în același timp cât mai de folos tuturor medicilor noștri. In acest scop pe lângă articole de reviste generale de actualitate și articole științifice, vom introduce în revistă și articole cu caracter eminamente practic din domeniul diagnostic, dar mai ales terapeutic.

Vom insista în mod special asupra problemelor de organizare sanitară, cari constituiau una din preocupările principale ale Sibiului Medical, organ oficial al Inspectoratului General Sanitar din Sibiu.

Astăzi medicina preventivă joacă un rol foarte important în organizația sanitară a țării, de aceea ne vom ocupa în revistă și cu probleme din acest domeniu.

Ne vom nizui ca revista să aibă totdeauna un caracter viu, să fie în curent permanent cu realitățile vieții medicale și sanitare dela noi și din altă parte, asffel ca să fim folositori tuturor cititorilor noștri.

Facem cu acest prilej și un călduros apel către toți foștii abonați ai revistelor Clujul Medical, Sibiul Medical și ai celorlalte reviste medicale apărute la Cluj, precum și la toți confrații din țară, să binevoiască a ne da tot concursul lor când pășim înainte la drum cu revista reorganizată sub această nouă formă, care de fapt nu este altceva decât o continuare a activității, desfășurată la revistele medicale de până acum, apărute în Ardeal. In această nouă formă a revistei fiecare confrate, fie el medic de specialitate, fie el medic practician la oraș sau la sate, fie el medic sanitar, va găsi partea ce-l interesează, de aceea suntem convinși de sprijinul tuturor.

Comitetul de redacție.

In pribegie

de

Prof. **Dr. Grigoriu Cristea,**
Directorul Clinicei Ginecologice și Obstetricale Cluj-Sibiu.

Sentința neașteptată din toamna anului care a expirat, a sdruncinat toate planurile românismului.

Anul 1940 a fost un an de grea încercare pentru întreaga suflare românească, căci hotarele dela răsărit și apus au fost nesocotite și milioane de frați, au rămas iarăși sub conducere străină.

Este sigur că, întreg progresul culturii și izvoarele științei creatoare au rămas pe planul al doilea, fiind anihilate de forțele distrugătoare ale războiului, care voiesc să stabilească o ordine mai bună a ginților. Supuși destinului și hotărârii vremelnice mândra noastră Universitate a Daciei Superioare, a fost nevoită să-și ia drumul pribegiei, oprindu-se în popas, spre a-și făurii o nouă Cetate Universitară, în orașul Sibiu; oraș de veche cultură românească, care înțelegând chemarea vremii a întins frățească mână, Universității Clujene.

Stăpânindu-ne revolta legitimă pentru sacrificiul ce ne-a fost impus, ne-am oţelit cu toţii sufletele şi am păşit fără răgaz pentru a ne începe activitatea, în noua aşezare. Deşi cu toată bunăvoinţa conducătorilor, noua Universitate aşa cum am dori-o toţi, nu va putea să ieie fiinţă într'un timp prea scurt fiind nevoie de o serie de adaptări şi transformări la clădiri chemate la o nouă menire, făcându-se şi alte noui, pentru cerinţele multiple ale acestui aşezământ de cultură.

Cu elanul şi dorul de muncă, a profesorilor, şi studenţilor, vor ieşi ca din pământ noui clinici şi institute, noui laboratoare ce vor transforma Sibiul, într'o imensă uzină culturală a Universităţii „Regele Ferdinand I". Privind în urmă la sanctuarul ştiinţei părăsit de curând la Cluj, avem mângăierea că întreaga echipă universitară şi-a făcut cu prisosinţă datoria, lăsând urme adânci înfipte în inima Ardealului de totdeauna românesc; fiind convinşi că cei mai aspri critici, vor recunoaşte munca depusă şi valoarea ei. Ne găsim în prag de an nou, convinşi cu toţii până în adâncul sufletului nostru că tot ce s'a părăsit este numai vremelnic, şi că o nouă sentinţă mai dreaptă, va repune neamul românesc în drepturile sale etnice; facem un călduros apel la o frăţească colaborare şi la un efort comun a tuturor purtătorilor făcliei ştiinţei medicale româneşti, să o ducem spre culmi noui cu îndemnul: înainte şi tot înainte.

Articole ştiinţifice

Importanţa preventivă şi terapeutică a climei de iarnă*)

de

Profesor **Dr. Marius Sturza**, Sibiu.

Abordăm azi o chestiune care aparţine bioclimatismului mai nou, pentrucă, curele climatice de iarnă erau privite la finea secolului trecut şi la începutul celui prezent într'altă formă cum le înţelegem şi le interpretăm azi. Este meritul incontestabil al marelui climatolog-fizician *Dorno din Davos*, care studiind o vieaţă întreagă *fizica radiaţiei solare*, a atras atenţiunea biologilor, fiziologilor, botaniştilor, zoologilor şi medicilor asupra acţiunei şi efectelor radiaţiei solare insistând în legătură cu aceasta asupra variaţiunei factorilor atmosferici în *anumite anotimpuri, anumite regiuni şi în special la diferite înălţimi.* Prin aceste studii s'au schimbat şi părerile mai vechi ale medicilor asupra *curelor climatice de iarnă.* Ei înţelegeau, într'un timp nu prea îndepărtat, să trimită pentru acest anotimp pe o seamă din pacienţii lor într'o regiune cu climat mai cald, mai domol, la Marea Adriatică, la Riviera italiană sau franceză, la coasta de Azur, în Sicilia sau, în anumite cazuri, chiar şi în Egipt şi Algeria pentru a beneficia acolo de zile senine mai multe, de o insolaţiune mai intensă şi mai abondentă. Că regiunile climatice ale ţării lor puteau să le aducă vreun folos în acest sezon, nu se gândia nimenea.

Este adevărat că, curele climatice *de vară* au prevalat din timpuri străvechi asupra curelor din alte anotimpuri, în deosebi la popoarele din zona temperată şi aceasta din mai multe considerente. Zilele lungi, durata mai lungă a strălucirei soarelui, insolaţia mai puternică, căldura atmosferei, vegetaţiunea abondentă, facultatea mai redusă de muncă în timpul căldurilor de vară, praful şi larma dela oraşe, — toate acestea au contribuit ca omul să-şi caute refugiul, repausul şi recreaţia în timpul sezonului de vară, la ţară, la munte, sau la litoralul mării. Această uzanţă s'a menţinut în mare parte până azi şi de sigur climatoterapia de vară va domina şi pe mai departe asupra celei din alte anotimpuri.

Studiile meteorologice şi în deosebi bioclimatice mai aprofundate ale deceniilor din urmă ne-au arătat însă, că din punct de vedere climatoterapeutic, fiecare anotimp prezintă avantaje şi desavantaje şi că pe lângă factorii atmosferici, factorii cosmici şi în special radiaţia solară, ne dau indicaţii variate pentru fiecare anotimp. De sigur că nu este departe timpul, când toate acestea vor fi considerate şi când vom face selecţiuni precise, nu numai *unde*, dar şi *în ce anotimp* să trimitem anumiţi bolnavi la cure climatice, precum o facem aceasta de mult pentru curele balneare. Un cardiac debilitat cu simptome incipiente de compensaţie, va suporta încă bine o cură cu băi de acid carbonic la Buziaş sau Lipova; va suporta însă mai greu această cură în timpul căldurilor de vară din această regiune, unde clima însăşi pretinde dela bolnav un surplus de muncă cardiacă. El va prefera pentru acest sezon o climă mai răcoroasă. Un bolnav atins de reumatism subacut, un copil cu diateză exudativă, cu adenopatii mai recente, va suporta în timpul primăverii şi toamnei încă bine o cură de băi sărate în climatul nostru de litoral şi de stepă, va reacţiona însă vara probabil prea intensiv, putând fi expus la agravarea maladiei; aceşti bolnavi vor încheia cu rezultate bune o cură cu băi sărate într'o regiune de coline sau subalpină ca Ocna-Sibiului,

*) Conferinţă ţinută la Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu, 1941.

Ocnele-Mari, Slănicul Prahova, cu un climat care le angajează mai puţin organismul.

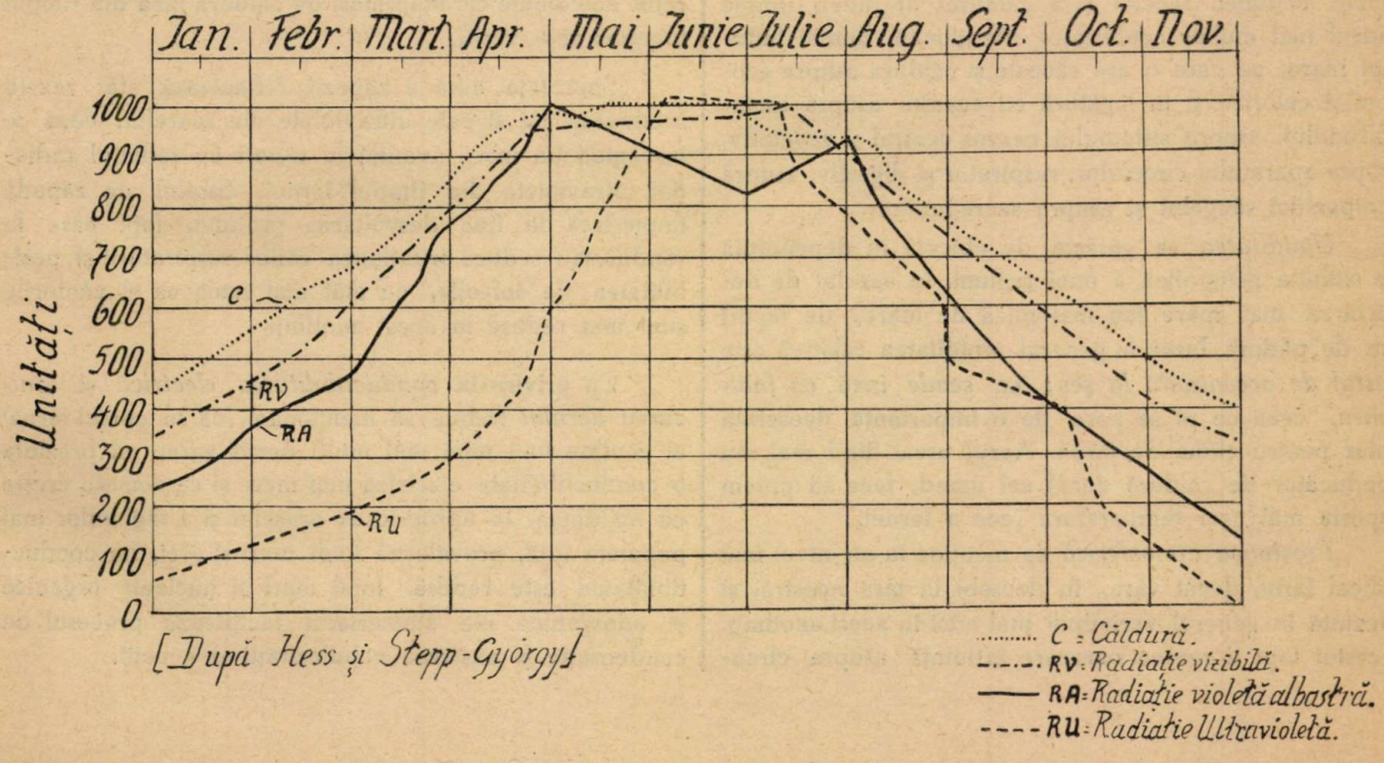
O privire asupra hărţii meteorologice a ţării noastre ne arată cât de mult variază precipitaţiunile, umiditatea, nebulozitatea şi temperatura, precum şi durata strălucirei soarelui în anumite regiuni pe anotimpuri. Toţi cunoaştem ploile abondente de primăvară şi început de vară în regiunile noastre de pe Câmpia română şi la litoral şi numărul mare de zile senine în sezonul de toamnă din Ardeal şi în clima subalpină de pe pantele de Est şi Sud ale Carpaţilor noştri. Celor mai mulţi nu ne scapă din vedere zilele cu abondenţă de soare, în timpul iernii, la munte şi în acelaşi timp ceaţa şi umezeala din văi şi dela şes, în deosebi în apropierea oraşelor mai mari; adeseori şi la litoral.

Considerând numai acestea, va trebui să dăm, din punct de vedere pur practic, îndrumări mai precise bolnavilor noştri, când îi trimitem să se refacă şi să se recreeze în anumite regiuni şi în anumite anotimpuri, pentrucă neputând beneficia suficient de factorii meteorici şi climatici, pot să stea tot atât de bine acasă.

Am relevat toate acestea pentru a evidenţia că în anumite condiţiuni putem profita de cure climatice în orice anotimp, dar spre scopul acesta trebue să cunoaştem pe de o parte metereologia regiunilor climatice, de cari voim să facem uz, pe de alta să posedăm oarecare cunoştinţe de bioclimatism aplicat. De data aceasta voim să privim prin această prismă, *clima de iarnă* nu din ţări îndepărtate subtropicale sau desertice, ci din *zona noastră temperată* şi în special *din ţara noastră*. Vom considera mai întâi proprietăţile *generale* ale climei de iarnă, analizând pe scurt comportarea factorilor atmosferici şi cosmici, iar după aceasta vom trece în revistă deosebirile manifeste între aceşti factori la şes, la litoral, în regiunile subalpine, şi alpine şi vom ajunge la constatări foarte interesante şi valoroase.

Caracteristica cea mai evidenţiată a sezonului de iarnă este reducerea foarte simţitoare a *duratei strălucirei soarelui şi a insolaţiunei*, cauzată de inclinarea mai mică a hemisferei noastre spre soare. Toate celelalte caracteristice meteorice şi climatice stau în legătură strânsă cu acest fenomen de o extremă importanţă. Planetul „*soare*" stăpâneşte şi dirijează în raionul său întreaga vieaţă organică şi toate procesele anorganice din această fracţiune a universului, care iarăşi ca cea mai perfectă şi închegată entitate, influinţează absolut totul ce se petrece în nemărginirea sa. Radiaţia solară nu diminuă uniform în cursul iernii; spectrul luminos se menţine relativ mai ridicat faţă de cel caloric şi ultraviolet, cu toată scurţimea pronunţată a luminei zilei. Luminozitatea este de altfel urcată din cauza reflexiunei foarte intensive pe suprafeţele întinse ale zăpezii. Radiaţia ultravioletă este aproape dispărută, la şes şi mai ales la oraşe în lunile Decemvrie —Februarie, astfel încât putem vorbi, în acest răstimp, de o adevărată *noapte ultravioletă*. Acest fapt trebue să-l subliniem ca deosebit de însemnat, pentrucă dela el derivă o sumedenie de efecte biologice şi patologice cu cari ne întâlnim în cursul iernii.

Variaţiunile sezoniere ale spectrului solar.

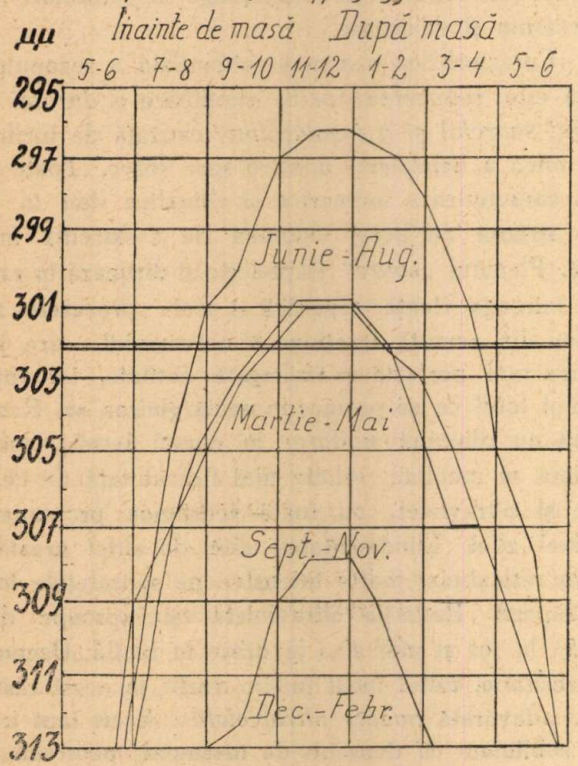


[După Hess şi Stepp-Györgyi]

..... C = Căldură.
-.-.- RV = Radiaţie vizibilă.
—— RA = Radiaţie violetă albastră.
---- RU = Radiaţie Ultravioletă.

Variațiunile sezoniere și din cursul zilei în spectrul ultraviolet.

(După A.F. Hess și Stepp-György)



In strânsă legătură cu insolația redusă și scurtă stă al doilea fenomen caracteristic pentru iarnă, *temperatura rece* a acestui sezon, care își exercită acțiunea și efectele sale asupra naturei și ființelor organice din sânul ei. Nu putem să intrăm aici în detalii pentrucă numai acțiunea răcelei și a căldurei ar putea umple cadrul mai multor conferințe. Menționăm numai influința mare, pe care o are răceala și căldura asupra economiei calorice și în legătură cu aceasta asupra metabolismului, asupra sistemului nervos central și vegetativ, asupra aparatului circulator, respirator și digestiv, asupra compoziției sângelui și asupra secrețiunilor.

Umiditatea se găsește de obiceiu în dependință de situația geografică a unei regiuni, în special de depărtarea mai mare sau mai mică de mare, de lacuri sau de păduri. Iarna în general umiditatea relativă este *destul de accentuată la șes; ea scade însă cu înălțimea*, ceea ce ni se pare de o importanță deosebită chiar pentru clima de iarnă. Aerul uscat fiind mai rău conducător de căldură decât cel umed, face să putem suporta mai ușor temperatura rece a iernei.

Presiunea atmosferică se menține la un nivel mai ridicat iarna decât vara, în deosebi în țara noastră, și prezintă în general variațiuni mai mici în acest anotimp. Acestui fapt îi revine oarecare influință asupra circulațiunei, tensiunei arteriale, proceselor osmotice și asupra secrețiunei endocrine care este mai redusă în cursul iernei.

Precipațiunile iernei constau în zona noastră mai mult din zăpadă, care acoperă suprafețe întinse ale solului. *Stratului de zăpadă* îi revine o mare importanță, nu numai din punct de vedere climatic și meteoric, ci și din punct de vedere igienic și sanitar. Aerul se încălzește deasupra zăpezii mai puțin și mai încet decât deasupra solului. Curenții de ascensiune sunt mai reduși și din cauza aceasta se produc mai greu vânturi și aproape deloc furtuni. Vânturile, care totuși se nasc prin variațiunile în presiunea atmosferică la distanțe mari, sunt mai uscate iarna decât în celelalte anotimpuri. Excepție dela aceasta fac vânturile puternice și adeseori umede deasupra mărilor și dela litoral, cari se nasc din cauza diferențelor de presiune de deasupra mării și a uscatului. Incălzirea mai încetinită a aerului deasupra zăpezii influințează procesul de condensație care se petrece în apropiere de suprafața solului mai încet. Din cauza aceasta neboluzitatea și ceața apare mai rar deasupra zăpezii decât deasupra apelor sau deasupra regiunilor mai puțin acoperite de zăpadă; producția multiplă de căldură la orașe favorizează nașterea nebulozității și a ceței. Contrastul între temperatura solului și a atmosferei în aceste regiuni are drept urmare că procesul de condensație se întâmplă aici imediat la suprafața solului. Mai des apare nebulozitatea și ceața iarna pe mare, pe lacuri sau la litoral, când își fac pasagiul fronturi aeriene reci deasupra acestor rezervorii cari rețin acumulate cantități mari de căldură încă din timpul toamnei și a verii.

Suprafața albă a zăpezii reflectează atât razele luminoase cât și cele ultraviolete ale soarelui, ceea ce înseamnă un mare avantaj în raport cu deficitul radiației ultraviolete din timpul iernei. Stratul de zăpadă împiedecă în fine desvoltarea prafului, fapt care la rândul său reduce iritațiunea căilor respiratorii și posibilitatea de infecție, cu atât mai mult că și vânturile sunt mai reduse în acest anotimp.

Cu privire la *conductibilitatea electrică* și *ionizarea aerului* trebue să menționăm, că în cursul iernei el conține ioni mici mai mulți decât vara, că prezintă o conductibilitate electrică mai mare și că aceasta crește cu înălțimea. In aproprierea orașelor și a regiunilor mai populate însă, prevalează ionii mari și grei, iar conductibilitatea este redusă. Ionii mari și nucleele organice și anorganice ale atomesferei facilitează procesul de condensație și nașterea nebulozității și a ceții.

Două fenomene trebue să mai menţionăm în legătură cu climatul de iarnă: aşa numitul *fenomen al inversiunei* şi mişcările *corpurilor aeriene*. De obicei şi în cursul iernei se menţine regula universală, că temperatura aerului scade cu înălţimea. In văi şi în formaţiunile de căldări ale munţilor scutite de vânturi, se întâmplă însă adeseori că în urma radiaţiei solare mai bogate şi mai intensive la înălţime, să se încălzească aerul mai tare, iar aerul mai rece şi mai umed să se scurgă în baza greutăţii de-a-lungul pantelor dealurilor spre fundul văilor, respectiv a căldărilor, şi să se instaleze acolo un fel de rezervoriu de aer rece şi umed, încărcat cu nebulozitate, cu nuclee organice şi anorganice care să se menţină săptămâni de-a-rândul. Stagnarea aceasta a aerului produce adeseori în interiorul rezervorului respectiv apariţia diferitelor boli în special catarale şi infecţioase, inexistente în acelaşi timp la înălţimi în stratul atmosferic mai cald şi mai luminos.

Mişcările corpurilor aeriene se produc şi iarna ca şi în alte anotimpuri, contrastele de temperatură, umiditate, precipitaţiuni, şi radiaţie solară sunt însă, de obiceiu, mai manifeste în cursul iernei. In special în ţara noastră, unde avem a face cu schimbări mai multiple de corpuri aeriane, fenomenele acestea sunt în stare să producă efecte mai intensive asupra naturei organice. Menţionăm numai frontul rece care aduce crivăţul, pornind iarna din stepele Rusiei şi trecând peste teritorul sudic al ţării noastre; Föhnul cald şi uscat — vântul mare, — pe care îl întâlnim în lunile Februarie şi Martie pe pantele de Nord şi Nord Vest ale Carpaţilor, adeseori în Sibiu şi Făgăraş şi corpurile de S. V., cari pornesc primăvara din regiunea Atlantică a Azorelor spre răsărit. Toate acestea influinţează climatul iernelor noastre în mod remarcabil.

Din cele expuse până acum rezultă la aparenţă multele desavantaje faţă de puţinele avantaje ale climei de iarnă la şes. Contrastele se atenuiază însă considerabil, dacă analizăm clima de iarnă din regiunile *alpine* şi *subalpine* şi cea dela *litoralul Mării*, cum suntem dedaţi să o facem aceasta de altfel cu privire la toate anotimpurile.

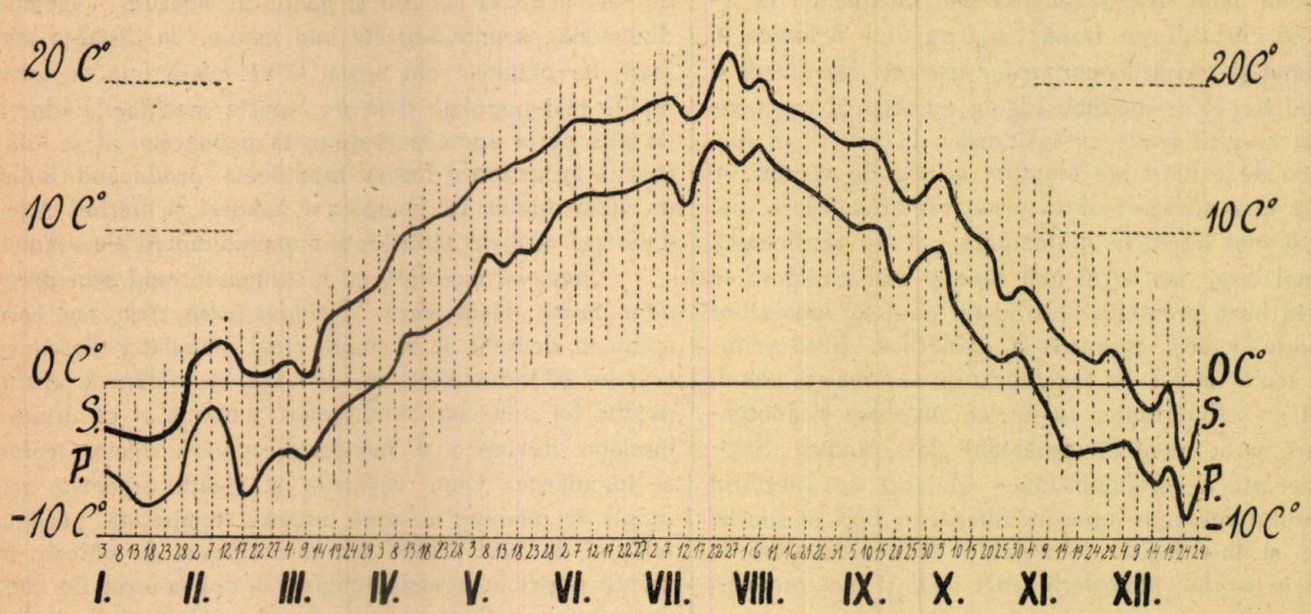
Cu înălţimea dela şes spre munte, se modifică în deosebi iarna referinţele *geofizice* prin configuraţia variată a suprafeţei solului, cari la rândul lor produc excitaţii *geopsihice* impresionante şi în acelaşi timp şi referinţele climatice prin diferitele manifestaţiuni meteorice.

Munţii în general, cu vârfurile lor, cu pantele, cu văile şi platourile lor acoperite de zăpadă ne imprimă cu ascensiunea priveliştii tot mai înălţătoare şi influinţează nu numai prin munca fizică pe care o prestăm la urcuş complexul întreg al proceselor vitale, ci şi psihicul prin lumina, prin măreţia naturii care se desfăşoară înaintea ochilor noştrii şi care ne ridică deasupra preocupaţiunilor noastre zilnice într'o sferă eliberatoare, de tot ce apasă sufletul şi gândurile noastre. Vegetaţia diminuată permite aspecte mai ample, la distanţe mai mari, iar cătunele din munţi şi văi oferă faţă de localităţile mai populate dela şes aspecte specifice. Pădurea de altă parte apoteozată de toate popoarele, ni se înfăţişează iarna într'o formă modificată producând totuşi un efect estetic în complexul naturei şi oferind totodată scut contra vânturilor şi altor intemperii ale vremei.

Clima se modifică cu înălţimea în mod *mai pregnant* iarna decât vara. *Nebulozitatea dela şes* care apare în deosebi în regiunile mai populate, deasupra oraşelor şi industriilor, se atenuază cu înălţimea. Aerul devine tot mai clar, umiditatea diminuă şi ca urmare insolaţia devine mai intensă şi numărul zilelor senine se înmulţeşte. Cum vegetaţia şi vieaţa organică mai amplă se menţine în zona noastră temperată până la înălţimi de 1200 – 1400 m., se etablează de obiceiu în munţii noştri la această înălţime al doilea strat de condensaţie şi norii de jos aparţin de cele mai multe ori acestei înălţimi. Peste 1200 m. domină în munţi de obiceiu o claritate admirabilă, vizibilitatea se estinde până la sute de km., umezeala se reduce şi la aceste înălţimi găsim în aer aproape numai ioni mici şi mijlocii, conductibilitatea electrică fiind urcată iar vânturile aparând ca rarităţi. Pe când precipitaţiunile sunt foarte abondente la munte în lunile Mai—August, ele devin din Decemvrie până în Februarie mai rare şi apar exclusiv numai în formă de zăpadă măruntă şi uscată. Ea se menţine într'un strat continuu multe luni de-a-rândul şi reflectează *până la 80%* din razele solare.

In asemenea condiţii atmosferice radiaţia solară atât de diminuată iarna la şes, atinge la munte valori neasemănat mai mari. Dar nu numai spectrul vizibil, ci şi cel invizibil devine mai amplu. Luminozitatea se urcă la înălţimi de 800 – 1500 m. cu *50—150%*, intensitatea calorică cu *50 – 100%*, iar radiaţia ultravioletă cu *100 – 300%*. Nu putem să dăm în privinţa aceasta date dela noi din ţară, deoarece nu avem încă măsurări precise ale radiaţiei solare, ci ne referim înainte de toate la datele ireproşabile ale lui Dorno din Davos în comparaţie cu cele ale unor staţiuni meteorologice dela şes din Germania.[1]) Conform acestora soarele radiază în *Davos la 1561 m.* de *trei ori* atâta căldură decât în Potsdam lângă Berlin; luminozitatea la amiazi este în *Davos* iarna de *şase ori* mai mare decât la Marea Baltică în Kiel, iar radiaţia ultravioletă de *trei ori* mai intensivă decât în Neubrandenburg.

Temperatura, ca factor meteoric, se comportă, în raport cu înălţimea, atât iarna cât şi vara în mod analog; ea scade aproximativ cu 0,48° – 0,5° C la 100 m. Prezentăm spre ilustrarea acestui fapt o curbă de temperatură comparativă dela *Păltiniş* (1403 m.) şi *Sibiu* (419 m.) pe care o datorim Domnului Dr. A. Klein din care reese clar acest paralelism.



Cursul temperaturei în Sibiu și Păltiniș în anii 1898-1904. considerând mediile Pentadelor.

[După o schiță executată de D-l Prof. D-r A. Klein.]

Spre a ilustra diminuarea umidității cu înălțimea, dăm o tabelă comparativă care ne indică pentru lunile de iarnă, umiditatea relativă din *Heidelberg* (120 m), *Arosa* (1835 m) și *Păltiniș* (1403 m.).

Diminuarea umidității în comparație cu înălțimea. Umiditatea relativă în %:

La		Decemvrie	Ianuarie	Februarie
Heidelberg	120 m.	83	83	79
Păltiniș	1403 m.	77	79	75
Arosa	1835 m.	57	61	60

Comportarea *temperaturii* și *a umidității scăzute, a radiației solare potențate* și *a vânturilor reduse*, ne poate da în regiunile subalpine și mai ales în cele alpine medii de temperatură în cursul zilei, aproape atât de urcate ca și în apropiere de zona subtropicală, pentrucă *rezultanta din acești patru factori* numită *capacitate de răcire* este acolo cu mult mai mică decât la șes. Acest fapt este însă condiționat de o expoziție favorabilă orientată spre S. S. O. sau S. V. și scutită de vânturi. Astfel capacitatea de răcire, în medie anuală, din *Davos de 9,57* nu este prea departe de cea din *Agra de 7,80* cu toate că temperatura medie a anului este în Davos numai de 2,6° C. față de 10,2 în Agra.[2]) Avem deci posibilitatea a savura iarna relativ multă căldură și radiație solară la munte în locuri cu situație climatică avantajoasă și vedem totodată transformându-se clima aspră de excitație în asemenea condiții într'o *climă de cruțare.*

Față de capacitatea de răcire redusă, *capacitatea de desicare* a aerului la munte este considerabil urcată astfel încât deficitul fiziologic de saturație atinge valori mari, ceea ce este de o importanță nu numai pentru respirația pulmonară, ci și pentru transpirație și perspirația insensibilă. La munte transpirăm și la eforturi mari mai târziu și mai puțin decât la șes. Metabolismul gazos se petrece în condiții mai favorabile. Acesta este însă influințat în mare parte cu creșterea înălțimei de *diminuarea oxigenului în atmosferă* și diminuarea presiunei parțiale a oxigenului în alveolele pulmonare, care planează în toate anotimpurile din punct de vedere biologic peste toți ceialalți factori meteorici, având acțiuni și efecte bine determinate asupra aparatului circulator, respirator, compoziția sângelui și sistemului nervos.

După aceste considerațiuni asupra climei de iarnă la șes și la munte, să vedem ce avem de înregistrat cu privire la *clima de litoral și de mare.* Vom caracteriza climatul de iarnă maritim în general și vom face în același timp unele constatări și intercalări specifice litoralului și mării noastre: Caracteristica primordială a climatului maritim și de litoral este că ne prezintă iarna temperaturi mai calde decât regiunile continentale și că atenuază diferințele de temperatură în cursul

zilei, anotimpurilor şi anului. Acest fenomen trebue atribuit rezervorului imens de apă care înmagazinează în cursul verii şi toamnei cantităţi mari de căldură, pe care o pierde cu mult mai încet în cursul iernii din cauza capacităţii calorice relativ mare a apei. In acelaşi timp se menţine deasupra mărilor un strat de vapori care reţine căldura reflectată de pe suprafaţa apei. Acest *efect de „seră"* domină în primul rând deasupra mărilor dar şi la distanţe mai mari dela mare. Temperatura litoralului nostru este influinţată exclusiv de rezervoriul de apă al mării; litoralul Atlanticului şi al Mării de Nord până la Spitzbergen stă pe lângă aceasta sub influinţa miraculoasă a *Golfstroemului*, care aduce apă caldă şi aer cald în masse enorme din regiunile ecvatoriale.

Influinţa mării asupra temperaturii atmosferei în timpul iernii o evidenţiem prin următoarele trei tabele comparative:

Temperatura medie la Constanţa şi Călăraşi în cursul lunilor de iarnă:

Perioada 1886—1915	Decemvrie	Ianuarie	Februarie
Constanţa	2.6° C	—0.8° C	1.2° C
Călăraşi	0.5° C	—2.9° C	—0.2° C

Diferenţele în mediile extremelor temperaturei în cursul iernii la Constanţa şi Călăraşi:

Perioada 1901—1915	Decemvrie	Ianuarie	Februarie
Constanţa	6.5° C	6.4° C	6.5° C
Călăraşi	6.7° C	7.4° C	8.1° C

Diferenţele în temperaturile medii din lună în lună în Constanţa şi Călăraşi:

Perioada 1886—1912	Dec./Ian.	Ian./Febr.	Febr./Martie
Constanţa	—3.4° C	2 0° C	3.2° C
Călăraşi	— 3.5	2.7° C	5.3° C

Al doilea factor de care trebue să ţinem cont este *mişcarea aerului la mare.* Din cauza curenţilor puternici de convecţiune deasupra apei, se nasc la înălţimi diferenţe considerabile între presiunea atmosferică deasupra Mării şi a Continentului şi astfel se produc uşor vânturi. Vânturile dinspre Mare sunt, în special la noi, foarte vehemente şi desagreabile. Ele bântuesc cu o putere extraordinară în deosebi iarna şi în majoritate din direcţia N. E. şi E. şi aduc curente de aer reci însă mai puţin umede decât vânturile mai calde de V., cari bat dinspre Oceanul Atlantic asupra Franţei, Spaniei, Germaniei, Angliei şi Norvegiei, pentrucă atmosfera este acolo mai încărcată cu vapori decât la noi, cari stăm dinspre E. şi N. E. sub influinţa stepelor uscate ruseşti. Vântul nu ne este deci prieten iarna la litoralul nostru şi nu vom putea beneficia la mare de un climat favorabil decât într'o localitate scutită bine de vânturi. Cu toate acestea vânturilor dinspre mare le revine avantajul, că aportă un aer curat lipsit de praf şi de alte ingredienţe organice şi anorganice şi că escită în mod specific sistemul hematopoetic şi circulaţiunea tegumentului.

La mare *radiaţia solară* se prezintă iarna mai puţin favorabil decât la munte. Din cauza suprafeţei relativ calde a apei şi a temperaturei rece a aerului, procesul de condensaţie se petrece aproape de suprafaţa apei şi din cauza aceasta nebulozitatea este un fenomen frecvent la mare şi la litoral. O comparaţie între nebulozitatea la Constanţa şi la Davos în Elveţia ne dă următoarele valori:

Nebulozitatea medie:

	în Dec.	Ian.	Febr.
La Constanţa	6.9	6.3	6.3
La Davos 1561 m.	4.7	4.1	4.6

Dacă avem în vedere *durata strălucirei soarelui* aceasta ne oferă:

	în Dec.	Ian.	Febr.
La Constanţa	51 ore	63.4 ore	70.3 ore
La Leysin 1450 m.	106 „	125 „	112 „

deci aproape valori duble.

Numărul zilelor senine:

	în Dec.	Ian.	Febr.
In Constanţa	6.1	8.9	7.3
In Davos 1561 m.	9.5	12.6	9.4

In comparaţie cu marea de nord, la marea noastră însă avem mai puţină ceaţă ceea ce rezultă din:

Numărul zilelor cu ceaţă:

	în Dec.	Ian.	Febr.
In Constanţa	4.4	3.1	4.6
In Helgoland	5.0	8.1	6.3

In privinţa aceasta avem deci stări mai favorabile la noi decât pe litoralul Atlantic sau al Mării de Nord.

Cu privire la *spectrul solar* trebue să remarcăm, că el nu este redus în mod egal; partea ultravioletă de peste 300 μμ se afirmă mai accentuat decât cea luminoasă; dovadă reacţia de eritem şi pigmentarea, care apare destul de pronunţat iarna şi la mare. Avantajul acesta îl datorim purităţii aerului şi în primul rând reflectării razelor ultraviolete de pe suprafaţa apei. De altă parte diminuarea razelor infraroşii absorbite de vaporii de apă, permite o escitaţie mai intensivă a razelor ultraviolete asupra tegumentului. De acest fapt trebue să ţinem cont, pentrucă la şes deasupra oraşelor şi industriilor, radiaţia ultravioletă este zero, pe când la mare înregistrăm chiar în ceaţă valori medii de 40—50 v/sec, iar în soare 70 v/sec.

Umiditatea relativă a aerului este la mare în timpul iernei cu mult mai urcată decât vara; pe când însă la Atlantic şi Marea Nordică înregistrăm în timpul iernii valori medii între 89—91% la marea noastră

notăm la Constanța, Eforia și Mangalia în lunile Dec. —Febr. medii între 84,1—85,3. Umiditatea asociată cu puritatea aerului și cu conținutul în clorură de sodiu dau aerului dela mare și litoral caracterul unui *pansament continuu antiseptic* asupra căilor respiratorii maltratate prin fum, praf și substanțe chimice la oraș.

Cu privire la precipitațiuni trebue să menționăm, că ele sunt în general mai frecvente iarna la mare decât la munte. In deosebi Atlanticul și Marea de Nord sunt bogate în ploi iarna. Marea noastră face excepție în privința aceasta din cauza stepei din imediata apropiere. Astfel înregistrăm:

	în Dec.	Ian.	Febr.	iarna
la Constanța	„ 33·2	36·6	28·9 mm.	98·7 mm.
„ Mangalia	„ 29·3	28·6	16·9 mm.	74·8 mm.
iar la Jersey	„ 93	68	45 mm.	20·6 mm.

Numărul zilelor cu zăpadă variază în Constanța și jur în timpul iernei între 5—12.

Precum am relevat la climatul de munte, astfel trebue să o facem și la cel maritim, că *expoziției, configurației* și *constituției solului* le revine, în special iarna, o importanță extraordinară. Trebue să pretindem o orientare a terenului spre Sud și spre mare, o scutire de vânturi a localității prin păduri sau dune, posibilitatea de a se scurge sau infiltra repede apa precipitațiunilor; numai o asemenea localitate merită să fie considerată ca stațiune climatică de iarnă.

In rezumat prezentăm cu privire la climatul de iarnă dela șes, dela munte și dela mare următorul tablou comparativ ținând seamă în primul rând de țara noastră.

Cunoscând acum proprietățile meteorice și climatice ale climei de iarnă din zona noastră și în special dela noi din țară, ne punem întrebarea: la ce acțiuni și efecte putem conta din partea acestei clime? Am notat în titlul ecestei lucrări *valoarea preventivă și terapeutică* a ei. Ce poate să prevină înainte de toate această climă?

Cercetările meteorobiologice și bioclimatice ale ultimilor două decenii ne învață, că în cursul iernii ne întâlnim cu o serie de boli caracteristice acestui sezon, numite *boli sezoniere de iarnă*. Aceste stau sub influința *directă* a climei de iarnă, dar în mod indirect și o altă serie de boli ale sezonului de primăvară sunt dependente de proprietățile climei de iarnă, pentrucă ele sunt provocate de trecerea mai mult sau mai puțin bruscă a stărilor meteorice de iarnă în cele de primăvară, în deosebi a radiației solare. Dacă nu ar exista iarna, această schimbare nu ar putea avea loc. Asupra ambelor acestor grupuri de boli trebue să ne îndreptăm deci atențiunea noastră și vom ajunge la concluziuni foarte interesante. Prezentăm înainte de toate un tablou al bolilor cu culminațiunea *sezonieră în iarnă și în primăvară* după de Rudder (vezi pag. 11).

La acestea ar trebui să adăugăm încă câteva boli infecțioase ca pojarul, varicelele, tusa convulsivă, tifusul exantematic, apoi hipovitaminozele factorilor A. B_1. C. și D_3. Cele trei boli infecțioase menționate fac parte din epidemiile de civilizație și apar mai mult iarna numai din cauza contactului mai amplu în localuri închise (restaurante, școli, fabrici, industrii) a multor persoane. Tifusul exantematic, cu culminațiunea în Februare—Martie, devine mai frecvent în acest sezon

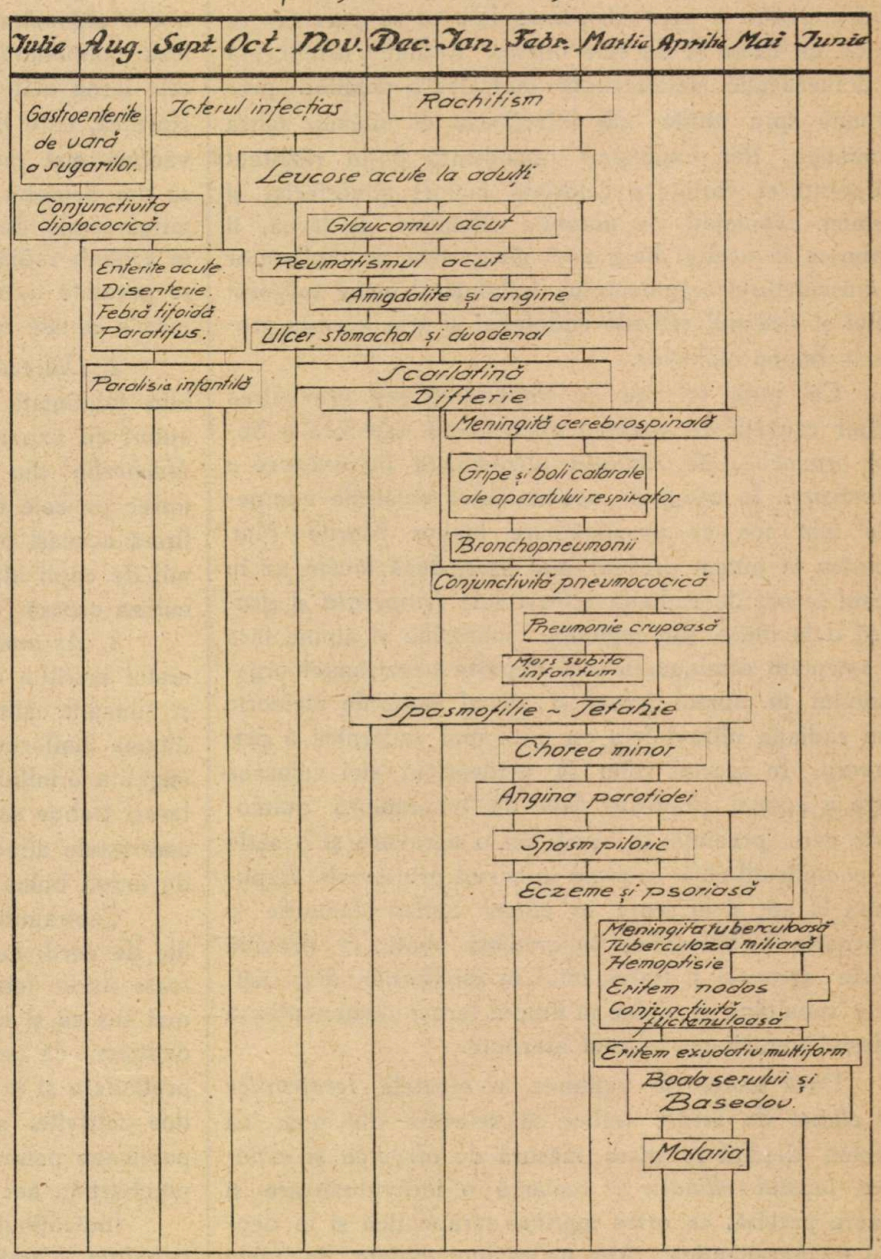
Deosebirile între clima de iarnă la șes, la munte, la mare.

Clima de iarnă	Factori meteorici										
La:	Radiația solară	Radiația ultravioletă	Temperatura	Umiditatea	Vânturi	Capacitatea de răcire	Capacitatea de desicare	Nebulositatea	Zilele senine	Precipitațiuni	Presiunea barometrică
Șes	foarte redusă	dispare	rece	puțin redusă	puține	mare	mică	mare	puține	variate	variată
Munte	abundentă	relativ mare	rece	foarte redusă	puține	mică	mare	mică	multe	zăpadă uscată	redusă
Mare	relativ redusă	prezentă	urcată	La oceane mare. La noi relativ redusă	multe	mijlocie	mică	mare și ceață	rare	La ocean multe La noi puține	urcată

pentrucă păduchii de haine se înmulţesc mai mult în acest răstimp din cauza murdăriei, schimbului nesuficient de rufe şi aglomeraţiei multor persoane în locuinţe nehigienice în cursul iernei. Hipovitaminozele sunt cauzate de conţinutul insuficient al alimentaţiei de iarnă în vitamine. Toate aceste boli apar deci numai întâmplător mai frecvent în sezonul de iarnă şi le numim *pseudosezoniere.* Din contră celelalte boli cuprinse în tablou sunt cauzate *direct* de factorii meteorici şi climatici ale lunilor de iarnă în fruntea cărora stă *radiaţia solară* şi în special cea *ultravioletă insuficientă.*

Conspectul celor mai importante boli sezoniere pentru zona temperată de nord.

(După de Rudder)



In timpul iernei se modifică *metabolismul general,* cel *mineral şi al vitaminelor;* se modifică funcţiunea sistemului neurovegetativ şi a celui endocrin; metabolismul bazal este retardat, funcţiunile vitale diminuă la unele animale până la somnul hibernal; procesul creşterei este retardat iarna faţă de primăvară şi vară în proporţie de 1 : 2 : 2,5 (Malling-Hansen[3]); fosforul în sânge diminuă, osteoporoza devine mai accentuată, reacţia acidotică tot mai pronunţată pentru a balansa primăvara în mod brusc spre cea alcalină. Vitaminele A. B_1 C. şi în special D_3 sunt scăzute; funcţiunile glandei tiroide, a hipofizei şi a testiculelor sunt diminuate, iodul în sânge scăzut. Nu trebue să ne mire dacă acest tablou al rezistenţei diminuate a organismului, se evidenţiază printr'o *mortalitate urcată a omenirei* în cursul sezonului de iarnă şi primăvară. După statistica lui Roesle[4] mortalitatea maximă o întâlnim în lunile *Ianuarie—Aprilie.* Acest complex integral creat prin clima de iarnă, predispune organismul uman şi animal spre anumite boli ca: *rahitism, angine, febră reumatică, leucoze acute, scarlatină, difterie, ulcer stomacal şi duodenal* în mod direct sau indirect, iar *radiaţia ultravioletă crescândă* în lunile *Martie şi Aprilie* favorizează apariţia *spasmofiliei, tetaniei, meningitei cerebrospinale,* a *pneumoniei crupoase,* a *bronchopneumoniei,* a *conjuctivitei pneumococice,* a *choreei,* a *stărilor alergice,* a *boalei de ser,* a *eczemelor,* a *tuberculozei meningeale şi miliare,* a *hemoptiziilor,* a *conjuctivitei flictenuloase,* a *eritemului nodos* şi a *maladiei lui Basedow.* Mecanismul acţiunei meteorice şi climatice este foarte interesant; nu-l putem reda însă aici din lipsă de timp şi spaţiu; el se poate întrevedea în parte din cele menţionate mai sus.

Apariţia acestor maladii poate fi însă înlăturată în mare parte dacă ţinem cont de cauzele etiologice cari le-au provocat. *Noaptea ultravioletă* dela şes, cauza principală o putem înlătura printr'o radiaţie ultravioletă potrivită dacă transpunem pe cei cari înclină pentru asemenea boli pe un timp oarecare în climat alpin, subalpin sau maritim, după reactivitatea pe care o prezintă. Examenul metabolismului mineral, în special al fosforului şi iodului în sânge precum şi examenul endo-

crin, ne dau indicii suficiente în direcţia aceasta. Rachitismul nu există la mare şi la munte decât ca excepţie; asemenea sunt mai rare disfuncţiunile endocrine şi seria maladiilor hibernale. A profita deci de un climat acomodat pentru a preveni aceste boli ni se pare cât se poate de firesc şi de sine înţeles. Radiaţia insuficentă şi domesticaţia neîntreruptă mai ales a copiilor, predispune spre multe boli infecţioase ca angine, febră reumatieă, dar expunând organismul puţin rezistent temperaturei variate şi celorlalţi factori atmosferici şi cosmici avantajaţi de anumite climaturi de iarnă, îl supunem în acelaşi timp unei gimnastice a capilarelor şi musculaturei tegumentului, influinţând astfel turgorul pielei şi sistemul reticulo-endotelial şi prin aceasta procesele imuno-biologice.

Cel puţin tot atât de importantă caşi prevenirea bolilor cauzate de *noaptea ultravioletă* este cea a bolilor *provocate de radiaţia ultravioletă instantanee a primăverei.* In categoria aceasta intră maladiile enumerate mai sus ca aparţinătoare lunilor Martie—Mai. Acestea le putem preveni mai uşor, dacă facem uz în cursul iernei de radiaţia ultravioletă *temperată* şi *gradată* dela mare, din regiunile subalpine şi alpine fără să aşteptăm diminuarea mai departe a rezistenţei organismului în cursul iernei şi atacul puternic meteoric prin radiaţia ultravioletă cu mult mai puternică a primăverii. In special voim să evidenţiăm aici valoarea mare a acestei preveniri faţă de tuberculoza pulmonară care prezintă în mod net o agravare şi o serie de complicaţii chiar mortale în cursul primăverii. Expunerea la aer şi la soare în cursul lunilor Ianuarie şi Februarie a bolnavilor tuberculoşi poate să prevină aceste agravări şi tratamentul în sanatoriile din regiunile subalpine şi alpine în timpul iernei documentează îndestul veracitatea acestei aserţiuni.

Dacă trecem la acţiunea şi efectele *terapeutice ale climei de iarnă,* trebue să relevăm din nou, că acestea depind în mare măsură de *alegerea şi expoziţia locului climatic* şi reclamă o individualizare şi dozare precisă, ca orice îngrijire terapeutică şi în deosebi fizioterapeutică. Aici ne revine înainte de toate obligaţiunea să coregem prin climatul potrivit maritim, subalpin şi alpin, ceea ce a stricat climatul de iarnă întunecos, nebulos şi ceţos dela şes şi din oraşe şi clima privată a multor din noi cari, ne dedăm la o domesticaţie fără margini.

La prezentarea indicaţiunilor vom evidenţia mai întâi bolile cari sunt potrivite pentru tratamentul climatic *într'unul* din cele trei climaturi descrise, iar după aceea vom fixa seria stărilor bolnăvicioase, cari pot fi tratate în *toate cele trei climaturi* fără a fi necesară o selecţionare mai precisă.

Pentru *climatul de iarnă maritim* vin în considerare următoarele boli:

1. *Tuberculoza extrapulmonară* în special ganglionii hilari, bronhiali cervicali, apoi tuberculoza articulară şi osoasă, cea a seroaselor şi a pielei. Este contra indicată pentru acest climat tuberculoza renală, vezicală cea a organelor genitale femenine, precum şi tuberculoza pulmonară. La marea noastră unde temperatura este iarna mai scăzută decât la Atlantic şi la Marea Nordică, care beneficiază de Golfstroem, unde bântuie vânturi mai multe, mai reci, şi mai puternice, trebue să fim deosebit de precauţi cu bolnavii pe cari îi trimitem acolo, deoarece ansamblul climei este mai aspru; în schimb radiaţia solară şi în deosebi cea ultravioletă se prezintă iarna la noi în mod mai avantajos decât la mările situate mai spre Nord.

2. *Diateza exsudativă* şi *scrofuloza* este foarte bine influinţată de climatul de iarnă maritim. După unii autori cu experienţe de zeci de ani pe acest teren ca *Haeberlin*[5] din Wyck auf Föhr, rezultatele atinse iarna întrec pe cele din vară *Cazin*[6] din Berck sur mer confirmă aceeaşi părere bazat pe o statistică de zeci de mii de copii atât cu privire la scrofuloză cât şi la tuberculoza osoasă.

3. *Astmul bronhial* încă reacţionează bine la climatul maritim de iarnă. Aerul curat, lipsit de alergene, şi educaţia căilor respiratorii prin mişcarea aerului, umiditatea uniformă şi variaţiunile mici de temperatură exercită o influinţă binefăcătoare asupra acestor bolnavi. Iarăşi trebue să relevăm însă că la Marea noastră, unde contrastele atmosferice sunt mai mari, ni se impune faţă de aceşti bolnavi multă precauţiune.

Contraindicaţii pentru acest climat formează bolile de cord, arterioscleroza avansată, nefritele cronice, toate stările febrile şi formele de tuberculoză menţionate mai sus ca şi contraindicate. Ne ţinem absolvaţi să evidenţiem, că pentru un tratament sistematic trebue să pretindem şi la mare, în timpul iernei, localităţi climatice potrivite, spitaluri, sanatorii şi pensiuni higienice, paviloane pentru cură de repaus la aer şi terenuri de plimbări în aer liber.

Indicaţiunile terapeutice pentru *climatul alpin şi subalpin* le tratăm împreună, pentrucă ele sunt pe de o parte asemănătoare, pe de alta diferinţele în dosajul climatoterapeutic se pot evidenţia astfel mai uşor.

1. Menţionăm la primul loc *morbul lui Basedow,* pentru care clima de munte este ceva specific. Dosajul înălţimii îl facem după vârsta bolnavului şi după turburările pe care le prezintă. Optimul de înălţime pentru Basedowieni este iarna între 900—1200 m. In caz de fenomene de decompensaţie vom preferi la început înălţimi mai mici. Este de importanţă ca bolnavul să poată petrece cât de mult în liber, deci pretindem terase de repaus şi pe lângă aceasta un regim potrivit.

2. *Astmul bronhial* este totdeauna bine influinţat în climatul subalpin şi alpin. De obicei la această boală

sunt preferabile înălțimi mai mari, dacă starea generală și vârsta permite aceasta. Câte odată însă și climatul subalpin înlătură boala pentru totdeauna.

3. *Tuberculoza pulmonară și extrapulmonară* formează de sute și mii de ani domeniul tratamentului climatic în regiunile subalpine, alpine, și de înălțimi. Abia din a doua jumătate a secolului trecut acest tratatament s'a extins și asupra sezonului de iarnă, de când Brehmer în Görbersdorf, Turban și Spengler în Davos, Rollier în Leysin și Benhardt în Arosa au atras atențiunea asupra rezultatelor foarte favorabile, pe care le-au înregistrat chiar în sezonul de iarnă. *Clima de munte* prezintă pentru tratamentul tuberculozei condițiuni optime în timpul iernei prin radiația solară și ultravioletă potrivită, prin variația redusă în temperatură și umiditate, prin vânturile puține și ca rezultantă a acestor factori prin *capacitatea de răcire mică* a acestei clime, care primește astfel calificativul de *climă de cruțare.* Individualizarea mai precisă pentru diferitele stadii ale bolii și pentru diferite constituții se face considerând înălțimea, expoziția, capacitatea de răcire și desicare. Cei cari se interesează mai de aproape de această individualizare pot să se orienteze din publicațiunea noastră *„Climatoterapia în tratamentul tuberculozei cu privire specială la clima României.*[7] Notăm aici că, clima alpină și subalpină *de iarnă* formează o indicație cu mult mai largă pentru toate formele de tuberculoză decât orice alt climat. In acest climat poate fi tratată tuberculoza pulmonară, adenopatiile tuberculoase, tuberculoza seroaselor, cea chirurgicală, tuberculoza organelor genito-urinare și a tegumentului extern. Contraindicații formează granuliile genralizate, ftiziile galopante, formele caseoase extensive și cele febrile caşectice.

4. O indicație mai recentă pentru clima de iarnă subalpină și alpină, care este încă puțin cunoscută și probată, o formează *reumatismul articular primar cronic, artritele uratice* și cele de *natură endocrină.* Capacitatea mică de răcire, uscăciunea aerului și radiația ultravioletă abondentă acționează bine asupra acestor boli și noi personal am avut ocazia să ne convingem de eficacitatea acestui climat în bolile reumatice. Fără nici o altă terapie vedem reîntorcându-se adeseori asemenea pacienți după o petrecere de puține luni în acest climat restabiliți sau mult ameliorați. Este probabil că ameliorarea se produce prin dispariția anginelor, a stărilor catarale, prin urcarea metabolismului și a funcțiunilor endocrine cari se găsesc de obicei la un nivel scăzut în cursul iernei.

5. *Turburările circulatorii funcționale,* angioneurozele și neurozele cordului sunt bine influențate de climatul de iarnă subalpin, în deosebi dacă bolnavii se găsesc într'o localitate, unde au posibilitatea de repaus îndelungat în aer liber și totodată și posibilitatea de a urma cure de teren bine dozate.

Pentru bolile de cord organice, pentru scleroza coronară și scleroza arterială generală și în special pentru angina pectorală *nu putem recomanda în timpul iernei climatul subalpin și alpin* numai cu mare rezervă și aceasta numai în locuri cu o insolație bogată și având o supraveghiere bună medicală.

După aceste considerațiuni speciale pentru anumite boli potrivite a fi tratate în timpul iernei în cele trei climaturi, ne îndreptăm atențiunea asupra mai multor grupuri de boli care reacționează în general bine la tratamentul climatic de iarnă.

Pentru acestea are rolul covârșitor, cu privire la individualizare, *constituția* fizică și psihică a bolnavului. Dacă avem în vedere cele spuse asupra modificărilor fiziologice și patologice pe care le poate provoca clima de iarnă la orașe, în industrii și în regiunile de șes cu populație mai deasă, putem să ne construim fără greutate îmbunătățirile, care pot să le producă componentele schimbate ale factorilor climatici dela munte și mare; din cauza aceasta efectele pot fi atât vindecătoare, cât și preventive.

Inainte de toate trebue să ne gândim la ritmul schimbat al vieții pe care o duce partea covârșitoare a omenirei în zilele de azi. Progresele tehnice ne pun înaintea unor încordări fizice și mai ales psihice aproape de neînvins. Industria mecanizată, telegraful, telefonul, radiodifuziunea, aeronautica, războaiele cu armatura motorizată și mișcările sociale, ne consumă sistemul nervos central și vegetativ într'o măsură neasemănat mai mare decât mai înainte. Acomodarea nu se poate face în raport cu cerințele. Pentru a putea face față la toate sforțările, trebue să oferim ocazie organismului întreg să se reculeagă. Pe când înainte cu zeci de ani era suficient *un* concediu, o recreare în cursul anului, azi, după părerea noastră, atâta este prea puțin. Pe lângă o vacanță de vară, trebue să avem parte în ritmul zilelor noastre *încă de una în timpul iernei* și pe lângă aceasta de posibilitatea de a ne repausa și reconforta gustând aerul și lumina soarelui în fiecare săptămână sau cel puțin la două săptămâni una sau două zile, la caz că ocupațiunea nu ne permite să avem zilnic contact mai mult cu natura liberă.

Pentru toți *oamenii nervoși, surmenați, agitați sau deprimați* este necesară o cură climatică de iarnă la mare sau la munte sau cel puțin o schimbare mai pronunțată de climă. O parte dintre intelectuali au simțit în mod instinctiv această necesitate și au recurs la sporturile de iarnă, la patinat, săniat, turism și înainte de toate ski, pe când mai înainte singur vânatul oferea reconfortare numai pentru un număr de tot restrâns de amatori. O petrecere de puține săptămâni în cursul iernei în climă subalpină sau alpină ameliorează circu-

laţiunea, modifică volumul respirator, urcă procesele oxidative şi prin aceasta metabolismul. Radiaţia ultravioletă potenţează funcţiunea sistemului endocrin şi toate procesele vitale decurg în condiţiuni mai avantajoase. Din cauza aceasta curele de iarnă la munte şi mare influinţează în mod favorabil toate bolile cari au la bază un metabolism turburat ca *adipozitatea, diateza urică, diabetul,* în deosebi dacă organismul permite şi exercitarea unui sport.

Organismul devenit mai puţin rezistent în cursul iernei înclină — după cum am văzut — mai mult spre *infecţiuni.* Din cauza aceasta vedem apărând o serie de boli infecţioase în cursul sau la sfârşitul iernei şi începutul primăverei. Am menţionat mai sus rolul de provocaţiune pe care-l are radiaţia ultravioletă a primăverii. Aceasta poate fi diminuată oferind organismului radiaţia ultravioletă *suficientă* la munte şi mare în cursul iernei. Este interesantă constatarea remarcată de clinicianul *Schittenhelm*[8]) care pune în legătură apariţia mai de vreme sau mai târzie a epidemiei de gripă în cursul iernei cu o durată de strălucire a soarelui mai lungă sau mai scurtă în cursul verii şi a toamnei. Rezervele imunbiologice câştigate prin această radiaţie diminuă în cursul iernei în proporţie cu efectele produse de durata şi intensitatea radiaţiei solare şi aceasta ar fi cauza apariţiei mai timpurie sau mai târzie a epidemiei de gripă.

Analog stăm şi cu *afecţiunile catarale.* O sumedenie de persoane, în special copiii, sufăr ani dearândul de catare; de obicei mai mult iarna decât vara. Urmarea este, că se feresc sau sunt feriţi în primul rând chiar de medicii lor curanţi de răceală, de curenţi, de aer liber. Face o impresie hazlie şi chiar respingătoare să vezi iarna dealungul stradelor Bucureştilor şi a oraşelor noastre de provincie o seamă de oameni adulţi îmbrobodiţi la gât şi la cap cu blană şi căciulă şi ţinând dinaintea nasului şi a gurei încă un şal ca nu cumva să pătrundă aerul în nobilul lor interior. In schimb pătrunde toată murdăria şi praful disperzat în şalul lor, pe care-l plasează în locuinţă unde poate, care cade şi pe jos şi este încărcat cu milioane de bacterii. Dacă atrapează însă vreo boală, nu poartă vina infecţiunea, ci aerul rece de afară. Această *domesticaţie caraghioasă* avansată la noi mai mult ca în alte ţări, trebue să înceteze, dacă vrem să avem parte vreo dată de o generaţie intelectuală rezistentă şi sănătoasă. Inclinarea spre catare nu se combate prin nimic mai bine şi mai repede decât prin plimbările regulate în aer curat de iarnă, la lumină şi la soare, dacă se poate la munte ori la mare. Aceasta este cea mai sigură apărare contra recidivelor. Intocmai cum producem desensibilizarea organismului faţă de anumite substanţe toxice şi infecţii, prin injecţii intracutane ori subcutane în doze crescânde, astfel producem rezistenţa contra răcelii prin aceea că expunem părţi tot mai întinse ale tegumentului la aer şi la soare până ce ajungem să putem lua băi de aer şi de soare iarna în liber.

Convalescenţa după boli infecţioase şi consumptive încă formează un teren propice pentru curele de iarnă întocmai ca şi alte stări de debilitate, de retardare în creştere şi desvoltare. Ameliorarea circulaţiunei periferice, aprofundarea respiraţiunei, sporirea muncei cordului, stimularea sistemului endocrin, escitarea organelor hematopoetice prin acţiunea factorilor climatici de iarnă, au drept urmare o fortifiare a organismului întreg şi o desvoltare mai armonică a diferitelor organe; îndeosebi se modifică configuraţia toracelui, pe urma respiraţiunei mai ample şi în legătură cu aceasta organele toracale şi abdominale. Este cunoscut efectul radiaţiei solare la munte asupra creşterei masei musculare şi cu drept cuvânt califică *Rollier* soarele ca cel mai bun maseur.

Anemiile consecutive diferitelor boli, anemiile şi cloroza tineretului în epoca pubertăţii, se ameliorează sau dispar în timp relativ scurt iarna la munte şi la mare. Sunt interesante în privinţa aceasta cercetările lui *Häberlin*[9]) asupra acţiunei vânturilor dela mare faţă de cele dinspre continent asupra eritrocitozei, putânduse constata o înmulţire mai accentuată a globulelor roşii la anemicii expuşi sistematic şi cu precauţiune vânturilor *dela mare.*

Inainte de a încheia trebue să facem o menţiune importantă cu privire la *îmbrăcăminte.* Curele de iarnă pretind o îmbrăcăminte care să permită acţionarea factorilor atmosferici şi cosmici asupra tegumentului. Dacă ne învelim în blană cu cap cu tot şi mai aplicăm un şal asupra obrazului, am creat o climă privată şi atunci putem să rămânem tot atât de bine acasă. Imbrăcămintea trebue să fie poroasă şi permeabilă, confecţionată dintr'un material rău conducător de căldură şi de o coloare deschisă. Trebue să resimţim prin haine mişcarea mai intensivă a aerului şi în acelaşi timp căldura şi lumina soarelui. Acestor doi factori escitanţi le revine acţiunea şi efectul principal la curele de iarnă. Este bine ca în cursul exerciţiilor sportive să fim îmbrăcaţi cât de leger, iar în zile senine putem să facem uz chiar şi de băi de soare. La tot cazul trebue să ne aerisim corpul desfăcând îmbrăcămintea în cursul ascensiunilor turistice mai forţate. Momentul cel mai potrivit pentru aceasta este *înainte* de a începe să transpirăm, când corpul este bine încălzit şi perspiraţia insensibilă a ajuns la maximum.

Prin cele expuse cred că mi-a succes să vă conving, că şi curelor climatice de iarnă în *zona noastră temperată* le revine nu numai o valoare terapeutică ci şi preventivă. Importanţa şi recunoaşterea lor a pornit dela tratamentul tuberculozei la munte şi la mare în timpul iernei, dela sporturile de iarnă şi dela vânat.

Domeniul terapeutic s'a amplificat prin observaţiunile şi cercetările continue medicale, iar componenta preventivă este rezultatul studiilor bioclimatice ale anilor din urmă. Schimbul climei anotimpurilor în zona temperată a creat superioritatea fizică şi psihică a raselor cari populează această zonă. Escitaţiunile variate ale factorilor cosmici şi atmosferici au produs la început *aclimatizarea, adaptarea* şi *selecţiunea* necesară, iar după aceea rezistenţa corporală a acestor rase. Contra factorilor naturii omul a luptat zeci de mii de ani fără succes; numai aclimatizarea l-a făcut viabil. Cu cât întârzie această aclimatizare, cu atât sufere mai mult sănătatea publică a unui popor, respectiv a popoarelor. Trebue deci să tindem să profităm de toţi factorii naturei căutând să ni-i facem folositori pentru şi prin aclimatizare. Unii dintre aceşti factori poate mai importanţi sunt cei ai climei noastre de iarnă, cari — după cum am văzut, ne pot aduce mari foloase. Să facem uz de ei în interesul propăşirei sanitare şi profilactice a neamului nostru, care azi are mai mult lipsă ca oricând de *de fortifiare* şi de *sănătate.*

BIBLIOGRAFIA

1. *Dorno:* „Die Sonnenstrahlung". Im Handbuch der Balneologie, medizinischen Klimatologie und Balneographie von Dietrich und Kaminer, Bd. I. Pag. 532.
2. Prof. *Dr. A Loewy:* Über Klimatophysiologie, pag. 19 (nach Dorno), Georg Thieme, 1931.
3. *Malling—Hansen:* Congrés international des Sciences med., 8 Lesson, Copenhague, 1884.
4. *Roesle:* vezi Tabela din de Rudder: Grundriss einer Meteorobiologie, pag. 152.
5. *Haeberlin:* Zur Frage der Bewertung Klimatischer Kuren mit besonderer Berücksichtigung der Herbst und Winter kuren an der Nordsee. Haeberlin Festschrift 1927.
6. *Cazin:* citat după „Klimatische Kuren im Winter", pag. 48, Georg Thieme, Leipzig.
7. Prof. *Dr. Marius Sturza:* Climatoterapia in tratamentul tuberculozei cu privire specială la clima României. Raport prezentat celui al III-lea congres naţional de tuberculoză în Iaşi 1935. Institutul de arte grafice Brawo, Iaşi.
8. Prof. *A. Schittenhelm:* Die Heilfaktoren des Klima. In Klima, Wetter und Mensch, pag. 234, herausgegeben von Woltereck, Verlag Quelle und Mayer, Leipzig.

RESUMÉ

La valeur prophylactique et thérapeutique du climat d'hiver

(Avec des considérations sur le climat de la Roumanie)

L'auteur croit que dans les cures climatiques on doit donner beaucoup plus d'attention aux saisons. Il s'occupe des effets du climat d'hiver dans la zone temperée, considérant surtout les conditions climatique de la Roumanie.

Dans la première partie on décrit les qualités du climat d'hiver en général, en soulignant au point de vue biologique la courte durée de la lumière du jour et la nuit ultra-violete, montrant cette chose aussi à l'aide de deux graphiques.

Aprés une courte description du comportement des facteurs atmosphériques pendant l'hiver dans la plaine (température, humidité, pression, précipitations en forme de neige, vents, brouillards, nuages, champs electriques, ionisations de l'air) l'auteur attire l'attention sur l'importance du changement de l'air, sur les limites du froid et de la chaleur, sur le „Föhn" et sur l'apparition de l'inversion qui peut être observée dans beaucoup de vallées pendant l'hiver. En comparaison avec les conditions climatiques assez defavorables dans la plaine et surtout celles des villes et de leurs environs, les conditions climatiques des régions marines et des altitudes sont beaucoup plus favorables. Avec l'altitude on observe une decroissance de la pression athmosphérique, de l'humidite et de la formation des brouillards, tandisque les rayons de lumière, de chaleur et les rayons ultra-violets, l'ionisation, la conductibilité de l'air deviennent plus intenses. La couche de neige favorise beaucoup par la reflexion l'intensification des rayons lumineux et ultra-violets. A des altitudes de 1000—2000 m. on peut observer une intensification des rayons caloriques de 50%—100%, des rayons lumineux de 100—150%, et des rayons ultra-violets de 100—300%. En même temps décroit la pression partielle de l'oxigen dans les alveoles pulmonaires, et la possibilité des refroidissements est plus petite. Tout ceci donne au climat d'hiver dans les altitudes un caractère special.

Dans les régions marines la température de l'air est plus chaude, les oscillations de la température sont moindres et l'humidité est beaucoup plus grande que sur le continent La fréquence et la force des vents est plus grande, surtout à coté de la Mer Noire L'air est plus pur, contient du sel et a l'effet d'un pansement antiseptique humide sur les voies respiratoires. Les jours sombres, de même que la formation des brouillards sont plus fréquents, mais malgrè cela les rayons ultra-violets ont une action efficace.

Pour toutes ces constatations l'auteur donne des tableaux et graphiques climatologiques.

Après la partie climatologique l'auteur s'occupe de l'effet préventif et thérapeutique du climat d'hiver. On considère la pauvreté en rayons ultraviolets en hiver comme cause de la plupart des maladies de cette saison. A cause de cela le métabolisme de base, le métabolisme général et celui des substances minérales, des vitamine s'est. ralenti. La croissance est relantie, le phosphore et l'iode du sang sont abaissés. La fonction thyroïdienne, hypophysaire et testiculaire est plus réduite. Les vitamines sont réduites. La plus grande mortalité se produit pendant l'hiver et le printemps.

Le climat d'hiver fait apparaitre les maladies suivantes: le rachitisme, les angines, les fièvres rhumatiques, la diphtérie, la scarlatine, l'ulcère duodénal.

Pendant le printemps surviennent la spasmophilie, la tétanie, les troubles allergiques, les eczémas, la meningite cérébro-spinale, la pneumonie, la meningite tuberculeuse, la tuberculose miliaire, les hémoptysies, les conjunctivites, l'érythème, la maladie de Basedow. L'observation exacte du malade, aidée par les recherches du labora-

toire, rend possible un traitement préventif efficace. L'iode et le phosphore du sang montrent assez exactement les ravages climatique de l'hiver.

Plusieurs des maladies d'hiver peuvent être évités en transportant les malades en des régions plus lumineuses des montagnes ou de la mer.

L'accomodation au climat d'hiver et les sports d'hiver font l'organisme plus resistant aux infections. Le séjour à la mer et à la montagne prévient l'apparition des maladies du printemps.

Le climat d'hiver à la mer est indiqué pour les maladies suivantes: tubérculose extra-pulmonaire, diathèse exudative, scrofulose des enfants, asthme bronchial.

Le climat d'hiver alpin et sousalpin donne de bons résultats dans les maladies suivantes: Basedow, asthme, tubérculose pulmonaire et extra-pulmonaire, rhumatisme chronique primitif, rhumatisme endocrinien, troubles fonctionnels de la circulation.

Les états suivants réactionnent très bien aux cures d'hiver: les prédispositions de toute sorte, surtout à la grippe, aux angines, au rhumatisme, obésité, diabète sucré, diathèse urique, états catarrhaux de toute sorte, convalescence après des maladies aigues et chroniques, anémies, epuisements physiques et psychiques, asthénies, états dépressifs

Notre système de vie necessite aussi un congé d'hiver endehors de celui d'été.

Enfin l'auteur recomande pour la cure d'hiver des vêtements correspondants.

ZUSAMMENFASSUNG

Der vorbeugende und therapeutische Wert des Winterklimas

(Mit besonderer Berücksichtigung des Klimas von Rumänien)

Es wird die Meinung vertreten, dass man bei klimatischen Kuren den Jahrzeiten mehr Aufmerksamkeit schenken sollte, als bisher und der Verfasser beschäftigt sich in seinem Vortrag mit den Wirkungen des Winterklimas in der gemässigten Zone, indem er in erster Linie die klimatischen Verhältnisse in Rumänien berücksichtigt. Im ersten Teil werden die Eigenschaften des Winterklimas im allgemeinen geschildert, wobei die Kürze des Tageslichtes und die *ultraviolette Nacht* vom biologischen Standpunkte besonders unterstrichen und in zwei grafischen Zeichnungen dargestellt wird.

Nach kurzer Schilderung des Verhaltens der atmosphärischen Faktoren auf dem flachen Lande im Winter (Temperatur, Feuchtigkeit, Luftdruck, Niederschläge in Form von Schnee, Winde, Trübung, Nebel, elektrisches Kraftfeld, Luftionisation), lenkt der Verfasser die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Luftkörperwechsels, auf die Kalt- und Warmfronten, auf den Föhn und auf die Erscheinung der Inversion, die in manchen Tälern und Kesseln im Lande während des Winters zu beobachten sind. Den ziemlich ungünstigen klimatischen Verhältnissen auf dem flachen Lande und hauptsächlich in den Städten und deren Umgebung, stehen die viel günstigeren an der See und in den Höhenlagen gegenüber. Mit der Höhe nimmt der Luftdruck, die Feuchtigkeit, die Trübung und Nebelbildung ab, die Licht-Wärme- und Ultravioletts trahlung, die Ionisation der Luft und die Leitfähigkeit derselben zu. Die ausgebreitete Schneedecke trägt durch Reflektierung zur Steigerung der Licht- und Ultravioletts trahlung in hohem Masse bei. So kann man in Höhen von 1000—2000 M. eine Steigerung der Wärmestrahlen um 50—100%, der Lichtstrahlen um 100—150% und der Ultravioletts trahlen um 100—300% verzeichnen. Mit diesen Faktoren gehen gleichsinnig die Abnahme des Sauerstoffpartiardruckes in den Lungenalveolen, die geringe Abkühlungsgrösse und die gesteigerte Austrocknungsgrösse in den Höhen. All dieses gibt dem Winterklima in den Höhen ein besonderes Gepräge.

An der See ist die Lufttemperatur wärmer und die Temperaturschwankungen geringer, die Feuchtigkeit bedeutend höher als am Kontinent, die Häufigkeit der Winde und Stärke derselben erhöht, besonders bei uns am Schwarzen Meer. Die Luft ist reiner, salzhältig und wirkt wie ein feuchter, antiseptischer Verband auf die Luftwege. Die Trübung und Nebelbildung ist zeitweise vermehrt, trotzdem ist jedoch die Ultravioletts trahlung ausgesprochen wirksam.

Für alle diese klimatischen Erscheinungen werden grafische Darstellungen und klimatologische Tabellen vorgeführt.

Nach dem klimatologischen Teil beschäftigt sich der Verfasser zunächst mit der vorbeugenden, sodann mit der terapeutischen Wirkung des Winterklimas. Als Ursache für die meisten Winterkrankheiten wird direkt oder indirekt die Ultravioletts armut des Winters angenommen. Infolge dieses Mangels ist der Grundstoffwechsel, der allgemeine, der Mineralstoffwechsel und der Stoffwechsel der Vitamine verlangsamt, bei manchen Tieren bis zum Winterschlaf. Das Wachstum ist verlangsamt, die Osteoporose tritt mehr hervor, der Blutphosphor und das Blutiod nimmt ab. Die Funktion der Schilddrüse, der Hypophise und der Hoden ist herabgesetzt. Die Vitamine A, B 1, C und besonders D 3 nimmt ab Die azidotische Reaktion im Organismus nimmt im Winter zu, um im Frühjahr plötzlich in die alkalotische umzuschlagen. Im Winter und Frühjahr ist die höchste Sterblichkeit zu verzeichnen.

Der Umschwung in der Ultravioletts trahlung im Frühjahr wirkt als besonders starker Reiz auf den geschwächten Organismus und hiedurch entstehen im Frühjahr eine für diese Saison charakteristische Gruppe von Krankheiten. Der klimatische Winterkomplex erzeugt die Rachitis, die Anginen, die rheumatischen Fieber, die akuten Leukosen, die Diphterie, den Scharlach, das Zwölffingerdarmgeschwür; der Frühjahrsreiz die Spasmophilien, die Tetanie, verschiedene allergische Störungen, die Ekzeme, die Zerebrospinal-Meningitis, die Pneumonien, die meningeale und milliare Tuberkulose, die Haemoptoe, die Konjunktivitis phlyktenulosa, das Erythema nodosum, den Morb Basedow. Die genaue Beobachtung der Kranken macht eine vorbeugende, klimatische Behandlung im Winter mit Erfolg möglich, besonders wenn man die Laboratoriums-Untersuchungen zu Hilfe nimmt. Die Phosphor- und Jodspiegelbestimmung des Blutes bieten eine ziemlich genaue Beurteilung für die klimatischen Schädigungen des Winters. Eine rechtzeitige Versetzung solcher Kranken während mehrere Wochen in das lichtreichere Gebiet der Gebirge und des Meeres ermöglicht viele Krank-

CHLORO-CALCION

Laboratoires MICHELS – 4 bis, rue du Colonel Moll, PARIS.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURA DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFÉA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT

ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.

ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE

Dubois

drageuri *picături*

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES DUBOIS 16 Bld. PERERIE, PARIS 17e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

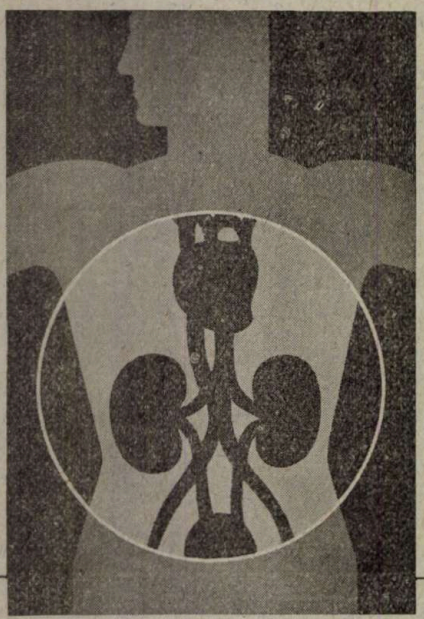
COLLO-JODE

Dubois

picături *fiole*

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANȚĂ

Mostre medicale la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREȘTI IV



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

heiten zu verhindern. Die Anpassung an das Winterklima durch viel Aufenthalt in frischer Luft und Wintersport mit entsprechender Abhärtung, macht den menschlichen Organismus widerstandsfähig gegen Infektionen.

Der Aufenthalt an der See und im Gebirge im Winter, verhindert nicht nur das Auftreten der Winterkrankheiten, sondern gleichzeitig auch die des Frühjahrs, durch eine rechtzeitige Gewöhnung an die Ultraviolettstrahlung, die im Frühjahr nicht mehr als besonderer Reiz in Erscheinung tritt; gleichzeitig erhöht die tadellose kapillare Zirkulation eine bessere Funktion des retikuloendotelialen Systems in der Haut, das seinerseits die immunbiologischen Prozesse steigert. Diese Wirkung bezieht sich auf alle angeführten Krankheiten, hauptsächlich aber auf die Komplikationen der Tuberkulose im Frühjahre.

Der therapeutischen Wert des Winterklimas in subalpinen-, alpinen Höhen und am Meere muss von zwei Standpunkten betrachtet werden:

I. Die Indikation jedes dieser Klimate für einzelne Krankheiten.

II. Der Einfluss aller drei Klimaarten auf krankhafte Zustände im Organismus.

Ad I. Das Winterklima an der See scheint angezeigt für die extrapulmonaren Tuberkulose, für die exsudative Diathese und Skrofulose der Kinder, für das bronchiale Astma, wobei das letztere an unserer Küste besonders vorsichtig behandelt werden muss.

Ad II. Das alpine und subalpine Winterklima zeitigt gute Erfolge bei der Basedow'schen Krankheit, dem Bronchialastma, pulmonarer und extrapulmonarer Tuberkulose, beim primär-chronischen Gelenksrheumatismus und dem endocrinen Rheumatismus, bei funktionellen Zirkulationsstörungen.

Die krankhaften Zustände, welche im allgemeinen auf Winterkuren gut reagieren sind folgende:

1. Neigung zu Infektionen aller Art, besonders Grippe, Anginen und Rheumatismus.
2. Fettsucht, Diabetes und uratische Diathese (mit dosiertem Wintersport verbunden).
3. Katarhalische Zustände aller Art, welche nicht durch Verweichlichung, sondern durch klimatische Abhärtung behandelt werden sollen.
4. Reconvaleszenz nach akuten und chronischen Krankheiten.
5. Anämien aller Art.
6. Geistige und körperliche Überanstrengungen, Asthenien und Depressionszustânden, wobei zu bemerken ist, dass unser heutiger Lebensrhytmus nicht nur einen Sommerurlaub, sondern auch einen Winterurlaub notwendig macht.

Zum Schluss empfiehlt der Verfasser für Winterkuren eine entsprechende Kleidung. Diese möge aus schlechten Wärmeleitern verfertigt werden, von lichter Farbe und durchlässig sein und den Körper nicht einschnüren, damit die Zirkulation nicht gehemmt wird und die Haut sowohl den atmosfärischen als auch den Lichtreizen zugänglicher gemacht wird.

Tehnica chirurgicală în epiteliomul rinichiului

de

Prof. Dr. Emil Teposu

Epiteliomul renal, cu gravitatea consecinţelor sale patologice pentru organ şi economie, formează şi azi o problemă clinică dificilă de soluţionat, pentru a satisface principiul stabilit de *Albarran:* „diagnostic precoce, intervenţie precoce". Dacă în sensul anatomopatologilor cari au încercat să împartă aceste tumori după valoarea elementului histologic, există şi azi o mare divergenţă în ce priveşte originea acestor tumori, acelaş lucrul îl găsim la clinicieni, în stabilirea diagnosticului precoce, iar la chirurgii urologici în ce priveşte tehnica chirurgicală.

Se ştie că, *Grawitz* e primul autor care în lucrarea sa publicată în *Wirchow Archiw (1883)* ne dă o documentată clasificare histologică a tumorilor epiteliale renale. El separă din grupa tumorilor plecate din tubii uriferi, un grup aparte, cu individualitatea histologică şi caractere macroscopice distincte şi care îşi au originea din mugurii rătăciţi din capsula suprarenală în timpul vieţii embrionare şi incluşi în parenchimul renal, cari se cunosc azi ca *„tumorile lui Grawitz"* sau după denumirea dată mai târziu de *Bergstrand* ca „hipernefroame".

Această clasificare a fost la început unanim acceptată, atât la anatomia patologică, cât şi la clinicieni.

Albarran şi *Lubarsch* (1903) în studiile lor asupra problemei cancerului renal disting şi ei două categorii: tumori renale formate histologiceşte din mari celule cu protoplasmă clară şi evoluţie mai benignă, cari corespund hipernefroamelor autorilor germani şi tumori cu celule mici întunecate şi evoluţie clinică malignă, cari corespund epiteliomului tubilor uriferi.

Mai târziu însă o serie de autori combat această teorie (*Gellé, Lecéne,* etc.), şi afirmă că este imposibil de a conchide definitiv asupra originei acestor tumor, deoarece probele histologice actuale sunt insuficiente.

Roussy şi *Leroux* de asemenea într'o lucrare publicată la *„Asociaţia Franceză Pentru Studiul Cancerului"* (1920) susţin că „între aceste două forme de tumori nu există o diferenţiere de origine, ci numai o diversitate pur morfologică; hipernefroamele nefiind decât unul din stadiile evolutive ale neoplasmelor epiteliale renale".

Masson în 1923 dă o explicare cu totul originală acestor tumori şi consideră hipernefromele ca

„o formă *endocriniană* metaplazică a epiteliomului renal".

Acestor concepţii se ataşează şi *Ménétrier* (1927). *Lubarsch* precum şi autorii germani reiau discuţiile asupra histogenesei epiteliomelor renale şi afirmă convingerea lor asupra originei suprarenale a hipernefromelor. *Lubarsch* recunoaşte că aceste tumori nu posedă decât o individualitate histologică şi că microscopic nu se pot distinge de epitelioamele de origine renală".

Alţi autori adoptă pentru aceste forme denumirea de „epiteliome atipice" prin care se indică un aspect histologic deosebit de al epiteliomului de tip renal, dar nu precizează nimic asupra originei.

Vedem deci că, sub acest raport al originei tumorilor renale, problema e încă şi astăzi departe de a fi rezolvată.

O diversitate de păreri constatăm de altfel şi în ce priveşte conduita chirurgicală.

Două cazuri observate recent şi tratate chirurgical pe cale abdominală, ne dau prilejul de a face unele consideraţiuni asupra tehnicei chirurgicale, în tumorile renale.

Obs. I. Eva T., 49 ani casnică, jud. Alba-Iulia, intră în clinica Gynecologică din Sibiu, la 26 Noemvrie 1940.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanţă.

In antecedentele personale constatăm un reumatism cronic articular şi mai înainte cu 14 ani a fost operată pentru apendicită. Menstruaţia normală, cu periodicitate regulată.

Boala actuală datează de un an şi a debutat cu dureri hipogastrice în formă de tracţiune şi dureri în ambele membre inferioare. Urina şi micţiunile au fost întotdeauna normale, n'a remarcat niciodată sânge în urină.

La examenul general constatăm o constituţie debilă cu ţesutul celuloadipos redus şi mucoasele palide. Pulmonii normali, la examenul cordului se constată o stenoză mitrală cu insuficienţă circulatorie incipientă.

In flancul drept se constată sub rebordul costal şi până la creasta iliacă o tumoră de mărimea alor doi pumni de bărbat, proeminentă, de consistenţă dură, prezintă contact lombar şi urmează mişcările respiratorii. Tegumentele deasupra tumorii, normale. Nimic din partea lojei renale stg.

La examenul gynecologic se constată uterul în ante-versie flexie, retropoziţie. La stânga lui o tumoră cât un pumn, iar la dreapta, în sus, o tumoră cât un cap de matur, mobilă şi nu pare să fie în legătură cu organele genitale interne.

Urina, la examinare normală, fără elemente patologice.

Examenul cistoscopic, prezintă vezica şi orificiile ureterale de aspect normal. Indigocarmina să elimină din stg., cu jet şi intensitate bună, iar în dreapta avem numai o discretă eliminare de colorant.

Stabilim diagnosticul de *tumoră renală dr.*

La 10 Decemvrie 1940 se face intervenţia chirurgicală, (op. Prof. Grigoriu, aj. Prof. Ţeposu şi Conf. Dr. Popoviciu) în anestazie rachidiană (Lunbocoff 14 div.).

Laparatomie mediană sub ombilicală şi se constată uterul mărit în ante versie flexie şi dur. Anexele libere. In loja renală dreaptă retroperitonial o tumoră cât un cap de făt, fluctuentă pe alocuri, lobulată în care după deschiderea retrocolică a peritoneului, se poate recunoaşte polul renal inferior, iar restul rinichiului transformat în o tumoră masivă globulară. Nu se constată grupe ganglionare tumorale.

Se procedează la nefrectomia clasică după care se peritonizează şi se închide complet peretele abdominal. Durata operaţiei 50 minute. Rachianestezie perfectă.

La examenul piesei se constată macroscopic o tumoră compactă care interesa treimea mijlocie şi superioară a rinichiului, iar la examenul histologic făcut de *D-l Prof. Dr. T. Vasiliu* se constată că este vorba de o tumoră cu celule mari clare, care se încadrează în grupul tumorilor *Gravitz.*

Mersul postoperator normal: la data de 22 Decemvrie 1940 bolnava părăseşte clinica vindecată din punct de vedere operator.

Observaţia II-a. Paraschiva P., de 40 ani, casnică, judeţul Sibiu, intră în Clinica Ginecologică din Sibiu, la data de 9 Decemvrie 1940.

In antecedente heredo-colaterale şi personale, nimic deosebit.

Boala actuală datează din 15 August 1940 şi a debutat cu dureri surde în fosa iliacă stg. Tot la această dată a născut un copil mort prematur. De atunci observă apariţia unor tumori în flancul dr.

La examenul general se constată o constituţie debilă, profund anemiată. Nimic din partea organelor intratoracice. In flancul drept la nivelul crestei iliace se constată o tumoră de mărimea unui cap de adult, cu mobilitate redusă, prezintă contact net lombar şi urmează în parte mişcările respiratorii, puternice venectazii ale tegumentelor din vecinătatea tumorei şi ale membrului inferior stg. La examenul gynecologic se constată uterul în anteversie-flexie cu anexele libere. Urina clară fără elemente patologice. Examenul cistoscopic prezintă tabloul normal în ce priveşte cavitatea vezicei şi cele două orificii ureterale. Indigocarmina se elimină bine în dr., iar în stg. nu avem eliminare de colorant.

Se stabileşte diagnosticul de tumoră renală stg. Se face intervenţie chirurgicală la 19 Decemvrie 1940 *(op. Prof. Grigoriu, aj. Conf. Dr. Popoviciu şi Dr. Paşca,* în rachianestezie). Lapartomie pararectală stg. La deschiderea cavităţii abdominale, se constată o tumoră de mărimea unui cap de adult, care umple întreg flancul şi hipogastrul stg. având aderenţe puternice în jos şi înapoi cu colonul. Se face incizia peritoneului parietal în afara colonului. Se izolează tumora şi se degajează de aderenţe după care se procedează la nefrectomie. In timpul manevrelor de decolare se sparge punga basinetală din care se scurge un lichid vâscos gălbuiu. Se iau măsuri de izolare după care cavitatea retroperitoneală se închide parţial şi la polul inferior se aplică un drenaj Miculicz, izolând cavitatea peritoneală. Tumora examinată de Inst. de Anatomie Patologică se constată că e vorba de o tumoră renală cu celule clare care se încadrează în grupul tumorilor *Grawitz.* Primele zile după operaţie ascensiuni febrile, 38.5 şi puls frecvent 120. Se administrează cardiotonice, după care starea generală se reface. Drenajul se scoate a cincea zi. In ziua de 14 Ianuarie 1941 părăseşte clinica vindecată chirurgical.

După cum vedem în ambele cazuri s'a procedat la nefrectomie pe cale abdominală cu rezultate bune.

Din punct de vedere al tehnicei chirurgicale în neoplasmele rinichiului cunoaştem trei căi pentru a face nefrectomii: calea lombară, calea transperitoneală sau abdominală şi calea paraperitoneală sau laterală.

In alegerea căii de urmat va trebui să avem în vedere principiile stabilite de *Legueu* pentru obţinerea unui rezultat terapeutic bun şi anume: 1. operaţia precoce, pentru a preîntâmpina propagarea şi extinderea tumorei, şi 2. operaţia cât mai largă pentru ridicarea masivă şi în bloc a rinichiului tumoral împreună cu capsula grăsoasă, grupele ganglionare şi capsula suprarenală, evitând o morselare a rinichiului şi vaselor pentru a nu provoca o embolie care de cele mai multe ori e fatală bolnavului. Acestora se adaogă apoi minimul de şoc operator.

Pentru nefrectomie precoce şi câtă vreme rinichiul tumoral păstrează o mobilitate şi nu are aderenţe cu ţesuturile vecine toţi autorii sunt de acord că, cea mai indicată cale este cea lombară, asigurându-ne în acelaş timp şi un redus şoc operator.

Când suntem însă obligaţi la o intervenţie largă cu ridicarea în bloc, al întregului complex al rinichiului tumoral de asemenea în cazurile când constatăm o fixitate a tumorei cu desvoltare mai mult abdominală anterioară sub rebordul costal, sau când diagnosticul întâmpină oarecare dificultăţi şi rămâne să fie precizat pe masa de operaţie, calea abdominală sau paraperitoneală laterală, după procedeul lui *Bardenheur-Gregoire,* sau incizia transversală a lui *Bazy,* etc., este de preferat, dându-ne avantajii în plus faţă de calea lombară. Hotărât că principiile de asepsie şi antisepsie de astăzi, ne dau o mai mare siguranţă pentru evitarea complicaţiilor postoperatorii atât de temute altădată.

Stabilind linia de conduită în tehnica chirurgicală pentru tumorile renale, rămânem aderenţi convinşi ai căii lombare, ori de câte ori putem beneficia de ea şi utilizăm calea abdominală sau paraperitoneală, când tabloul clinic al afecţiuni itumorale şi indicaţiile operatorii o cer.

RESUMÉ

La tehnique chirurgicale dans l'épitheliom rénal

L'auteur relate deux observations chez deux femmes: une présentant une tumeur rénale droite, l'autre une tumeure rénale gauche. On intervient dans les deux cas par voie abdominale en confirmant ainsi le diagnostic de tumeur rénale. Au point de vue histologique il s'agit des tumeurs qui s'arrangent dans le groupe des tumeurs Gravitz. En liaison avec ces cas l'auteur discute les voies d'intervention les plus appropriées dans les tumeurs rénales. La plus appropriée est la voie lombaire étant la moins traumatisante, mais dans les cas où l'on doit faire des interventions plus larges, comme dans les cas de l'auteur, ou quand le diagnostic est difficile à fixer et il reste à le preciser sur la table d'opération, la voie abdominale est préférable.

ZUSAMMENFASSUNG

Die operative Technik beim Nieren-Epiteliom.

Der Verfasser berichtet über seine Beobachtungen in zwei Fällen, u. zw. der eine Fall eine linke Nierengeschwulst und der andere eine rechte Nierengeschwulst, bei Frauen. Der operative Eingriff erfolgt in beiden Fällen auf dem Bauchwege, indem die Diagnose für Nierengeschwulst bestätigt wurde. Istologisch ist von Geschwulsten die Rede, die in die Kategorie von Gravitz Geschwulsten gehören. Im Zusammenhange mit diesen beiden Fällen bespricht der Verfasser den allerangebrachtesten Weg der Operation bei Nierengeschwulsten. Der beste ist der lombare Weg, weil er am wenigsten traumatisierend ist, aber in Fällen, wo ein grösserer Eingriff vorgenommen werden muss, wie z. B. in oben angegebenen, oder wenn die Diagnostik auf Schwierigkeiten stösst und erst auf dem Operationstisch festgestellt werden soll, so ist der Bauchweg, oder der seitliche paraperitoneale Weg zu bevorzugen.

Consideraţiuni anatomo-clinice asupra unui limfangiom cavernos al spaţului recto-vaginal.

De

Conf. Dr. Traian Popoviciu şi Dr. Rubin Popa.

Limfangiomele, tumori benigne formate din înmulţirea vaselor limfatice au înfăţişeri macro- şi microscopice, variate. Ele se subdivid după structura lor în simple, cavernoase şi chistice. Variaţia de structură este dată de raportul proporţional dintre stromă şi vasele limfatice, cum şi de dimensiunile acestor vase. In forma zisă simplă, stroma constitue aproape în întregime, tumora, vasele limfatice fiind puţin numeroase şi reduse de volum. In forma cavernoasă cele două componente se găsesc în proporţie aproape egală, vasele având pe lângă numărul mărit şi dimensiuni considerabile, care le-a adus denumirea de cavernoase In forma chistică tumora, este formată aproape exclusiv din vase enorm dilatate, asemănătoare cu chistele, fapt care face ca la secţiune această formă să se prezinte cu aspectul unui fagure de miere cu ochiurile enorm mărite şi neegale. Se vede deci că diversele înfăţişeri nu sunt decât stadii de evoluţie a tumorei (Winkler) şi în adevăr, aproape constant, se pot găsi în aproape toate cazurile şi în proporţii variate, toate trei înfăţişerile mai sus descrise.

Originea acestor tumori este congenitală, multe din ele putând fi formate la naşterea copilului, cum este de exemplu în sindromul zis Hygroma chisticum congenitum, care nu este altceva decât un limfangiom chistic congenital, cu localizare cervicală.

Evoluţia limfangiomelor este în general foarte insidioasă, de ani de zile, şi numai în mod excepţional ele pot lua un mers rapid, 3—6 săptămâni (Kindler).

Ca localizare, se găsesc de preferinţă în locuri bogate în ţesut limfatic, regiunea cervicală, abdomen (unele din acestea fiind încărcate cu chil, mai poartă şi denumirea de chilangiome), ţesutul subcutan, etc.

Importanţa limfangiomelor în patologie este în raport cu sediul, evoluţia, mărimea lor, cât şi cu posibilitatea de suprainfecţie şi de ruptură. Aproape constant infecţiunea limfangiomelor a fost găsită ca şi făcută cu streptococ, (Kutner, Wegener, Tavel), o adevărată limfangiomită streptococică. Ruptura acestor tumori poate aduce o scurgere a conţinutului lor limfatic, o limforagie, cum a fost observată în cazul descris de Windler unde se scurgea până la 40 gr. limfă pe oră.

Repercuţiuni importante asupra diverselor organe pot să dea limfangiomele prin compresiune, s'au descris astfel atrofii prin compresiune ale muşchilor, nervilor, vaselor, atrofia splinei, chiar şi a măduvei spinării (Schneider), a cozii de cal (Rehm), a peretelui intestinal (Glaser) al coapsei (Delblance). Este remarcat sub acest raport, cu deosebire cazul descris de Paltauf, în care atrofia a fost aşa de profundă, încât a fost nevoie ca să se amputeze membrul afectat.

In foarte rari cazuri limfangiomul poate degenera în adevărată neoplasie, luând fie aspectul unui sarcom, fie acel al unui endoteliom, după cum neoplasmul se desvoltă în stromă sau în endoteliul vascular (Hansemann).

Sunt de asemeni citate cazuri (Frendweiller, Powen) în care s'a produs o vindecare spontană a tumorei. Merckel explică aceste vindecări prin lipsa de nutriţie a tumorei consecutivă obstruării şi sclerozării vaselor limfatice nutritive. Fiindcă este de reţinut faptul că limfangiomele nu au circulaţie sanghină.

In sfera genitală la femee, limfangiomele sunt relativ rare. Importanţa lor însă este deosebit de mare, mai ales că ele pot fi cauză de distocii sau turburări în timpul menstruaţiei, dar mai ales în timpul facerii. Limfangiomele sferei genitale la femee sunt influenţate de ciclul menstrual şi de sarcină fie în sensul unei tumefieri pasagere, fie a unei evoluţii rapide, cu toate consecinţele lor.

Cazul observat de noi se referă la o femee în vârstă de 38 ani internată în serviciul Clinicei Ginecologice din Cluj, purtătoare a unui limfangiom în spaţiul rectovaginal. Din antecedentele personale aflăm că bolnava a fost operată de apendicită înainte cu 7 ani, iar cu 2 ani înainte pentru un cisto-rectocel.

Examinând bolnava se constată, porţiunea uterină sub simfiză, iar uterul în dextropoziţie, anexele libere. O dehiscenţă mare a vaginului din care se scurge urină fetidă şi alterată fără să se constate vreo fistulă urinară: urina se scurge dintr'o cloacă formată îndărătul tumorei spre fundul de sac vaginal posterior. Tumora proemină la nivelul inferior al vaginului — este rotundă, exulcerată şi de mărimea unui măr.

S'a desvoltat de un an luând din ce în ce proporţii mai mari şi implicit gama neplăcerilor cunoscute în asemenea împrejurări.

Deranjurile urinare s'au desvoltat în urma comprimării uretrei de către tumoră

In rezumat bolnava prezenta în urma tumorei vaginale o stare de infirmitate şi o stare demoralizată mai ales că fusese refuzată de mai mulţi chirurgi pentru a i se face operaţie.

Procedând la operaţie în anestezie rachidiană cu Novocoff după ce se face o incizie rotundă în jurul tumorei constatăm o massă tumorală cavernoasă de

grosimea unui intenstin gros, care nu sângerează decât foarte puţin. Inaintăm, degajând mereu până la o lungime de 25 cm. profunzime localizată fiind în spaţiul recto-vaginal. După extirpare se procedează la o colpoperineorafie clasică. Bolnava pleacă acasă complet vindecată.

Institutul de Anatomie Patologică constată că este vorba de un limfangiom, tumoră lipsită de vase sanghine şi incapsulată.

Cazul merită să fie relevat pentru raritatea s'a şi ca orientare în punerea diagnosticului şi a tratamentului operator.

RESUMÉ

Considératios anatomo-cliniques sur un cas de lymphangiom caverneux de l'espace recto-vaginal

Les auteurs décrivent un cas de lymphangiom caverneux de l'espace recto-vaginal chez une femme de 38 ans avec des troubles urinaires très exprimés et très importants. Par intervention chirurgicale on extirpe la tumeur, aprés quoi la guerison se produit.

ZUSAMMENFASSUNG

Anatomisch-klinische Betrachtungen über ein kavernöses Lymphangiom des recto-vaginalen Raums.

Die Verfasser beschreiben einen Fall von kavernösem Lymphangiom des recto-vaginalen Raums bei einer Frau im Alter von 38 Jahren mit ausgeprägten und bedeutenden Urinärstörungen. Es erfolgt der operative Eingriff, das Geschwür wird entfernt und eine komplette Heilung erfolgt.

Consideraţiuni asupra nefritei scarlatinoase

de

Conf. Dr. Ion Gavrilă şi Dr. Ion Briciu

Consideraţiunile de mai jos se bazează pe un număr de 2440 cazuri de scarlatină,tratate în Secţia de boli infecto-contagioase a Clinicei Medicale I din Cluj, în anii 1920—1939. Din aceste cazuri 368 au fost complicate cu nefrită, adică în medie 15,1%. După cei mai mulţi autori procentul nefritelor scarlatinoase variază între 10—20%.

Frecvenţa după ani. Frecvenţa nefritelor în cursul anilor este foarte diferită, ea prezintă o variabilitate dela 5,2% (1927) până la 32% (1922). In ultimii ani procentul pare a fi în uşoară creştere.

Aceleaşi variaţiuni importante în raport cu anii le constatăm şi la autorii: *Hirschberg* şi *Suchareva* (Moscova), cari pe un material de 845 cazuri de scarlatină (observate în anii 1919—1926) dau în medie o frecvenţă de 19,75% nefrite, cu variaţiuni între 4,5% şi 40,3% în cursul anilor. După *Jochmann*, nefritele scarlatinoase în raport cu anii variază între 6—20%, după *Feer* 2—30%, după *Kleinschmidt* 5—20%, după *Potschinkova* 7,8—46%.

Această variabilitate după ani îşi are desigur explicaţia în schimbarea geniului epidemic, existând epidemii unde complicaţiunile, în special nefrita, sunt foarte frecvente, pe când în alte epidemii sunt rare.

Repartizarea după vârstă. In raport cu vârsta cazurile noastre de nefrită se repartizează după tabloul alăturat:

Vârsta	0—1 ani	2—4 ani	4—6 ani	6—10 ani	10—15 ani	15—20 ani	20—30 ani	Peste 30 ani
Nr total al scarlatinelor	32	324	490	633	459	233	201	66
Nefrite	—	49	64	116	80	29	23	7
Nefrite %	—	15	13,8	18,7	17,8	12,5	11,4	10,6

Din acest tablou se constată inexistenţa nefritei sub un an, de altfel şi alţi autori găsesc un procent destul de redus la această vârstă, apoi se constată că nefrita este destul de rară şi la adulţii peste 30 ani (10,6%), faţă de vârstele de 6—15 ani, unde este mai frecventă (17,8—18,7%); pentru restul vârstelor, repartizarea este aproape uniformă: 12,5—15%.

Repartizarea după anotimpuri. Repartizând cazurile după anotimpuri se constată frecvenţa mai mare a nefritelor iarna, 19,3%, mai puţin frecventă vara, 11,7% şi o frecvenţă intermediară între aceste două primăvara şi toamna, 16,3 şi 13,5%.

Repartizarea în raport cu forma scarlatinei. Repartizând nefritele în raport cu forma clinică a scarlatinei se constată că nefrita survine indiferent de forma clinică a boalei; este însă mai frecventă în formele grave, 23,8%, este destul de frecventă şi în cazurile mijlocii, 14,9%, însă nici formele uşoare de scarlatină nu sunt scutite de această complicaţiune, unde constatăm o frecvenţă de 7,1%.

Nefrita şi alte complicaţiuni. In ce priveşte raportul între nefrită şi alte complicaţiuni ale scarlatinei, am constatat că numai în 29% a cazurilor nefrita survine ca o complicaţiune unică, în restul cazurilor nefrita se asociază şi cu alte complicaţiuni scarlatinoase, ca de exemplu: otite, limfadenite, mastoidite, artrite, pleurezii, etc. Aceste complicaţiuni uneori sunt concomitente cu nefrita, de cele mai multeori însă premerg nefrita, totuşi câteodată survin şi după nefrită.

Data apariţiei nefritei. Se admite în mod clasic că nefrita scarlatinoasă apare în jurul zilelor 19—21 a boalei. Insă se constată astăzi că ea poate apare mult mai târziu, în săptămâna 5—6-a a boalei. Această ultimă constatare o confirmă şi statistica noastră, din care se constată că apariţia nefritei predomină în săptămâna a 3-a (44%), urmează apoi săptămâna a 4-a (20,1%), săptămâna a 2-a 17,1%, săptămâna 1-a 5,2%, săptămâna 5-a 2,8%, săptămâna 6-a 1,3%, în 9,6% data apariţiei nu este cunoscută.

Durata nefritelor. In ce priveşte durata simptomelor de nefrită în cazurile noastre se prezintă în felul următor: în 37,8% a cazurilor nefrita se vindecă în primele două săptămâni dela apariţia ei, în 25% de cazuri durata simptomelor renale este de 2—4 săptămâni, în 8,4% de cazuri 5—10 săptămâni, în 24% a cazurilor durata este necunoscută, acestea sunt cazuri, unde bolnavul a intrat în serviciu cu nefrită fără ai putea determina data începutului ei, majoritatea acestora s'a vindecat în timpul cât a stat în serviciu. In sfârşit tot din această ultimă grupă fac parte şi acele cazuri, care după un timp destul de lung de internare (5—10 săptămâni) nu s'au vindecat. In 4,8% a cazurilor sfârşitul a fost letal.

Evoluţia nefritelor. Formele uşoare de nefrită durează de obiceiu 1—2 săptămâni, şi se vindecă totdeauna în regulă generală fără urme. Nefritele de gravitate mijlocie durează ceva mai mult, decât cele uşoare, însă şi ele se vindecă de obiceiu fără urme. Nefritele grave durează 2—3 luni, se vindecă foarte încet, adesea trec în leziuni renale cronice, mai rar se pot termina cu moartea bolnavului.

In ce priveşte evoluţia nefritelor declarate în serviciu şi a celor deja declarate la intrarea în serviciu, toţi autorii remarcă, că evoluţia primelor este mai benignă, decât a ultimelor. Această constatare se confirmă şi din statistica noastră. Dintre cazurile noastre 299 s'au declarat în serviciu, dintre cari 41,7% au fost nefrite uşoare, 52% nefrite mijlocii, 6,3% nefrite grave, cu o mortalitate de 4,3%. Apoi în 69 de cazuri nefrita s'a declarat în afară de serviciu, dintre cari 14,7% sunt nefrite uşoare, 64% nefrite mijlocii, 21,3% nefrite grave, cu o mortalitate de 8,3%.

Analiza cazurilor grave de nefrită. Cazuri grave de nefrită scarlatinoasă au fost în statistica noastră un număr de 42, deci 11,4% din totalul nefritelor. Din aceste cazuri grave de nefrită au sucombat 16, însă toate cazurile sucombate prezentau o scarlatină gravă cu o stare septică: amigdalită pseudo-membranoasă, otită, mastoidită, adenită supurată, artrite, pleurezii purulente şi nefrita a survenit în cadrul acestui tablou grav. Dintre nefritele sucombate în 6 cazuri bolnavii au sucombat în primele 2 săptămâni ale bolii, în 4 cazuri după prima perioadă febrilă a existat o perioadă de afebrilitate sau de subfebrilitate, cu o stare generală bună şi scarlatina a devenit malignă numai în mod secundar, în cadrul căreia a survenit şi nefrita.

Azotemia în cazurile grave. In această privinţă am înregistrat următoarele cifre: cu azotemie între 30—50 mg % 5 cazuri cu 3 morţi; cu azotemie între 50—60 mg % 6 cazuri, dintre cari în 4 accese convulsive, cu 1 mort, cu azotemie între 60—100 mg % 11 cazuri, dintre cari în 5 accese convulsive, cu 4 morţi; cu azotemie între 100—150 mg % 13 cazuri, dintre cari în 6 accese convulsive cu 5 morţi; cu azotemie între 150—220 mg % în 3 cazuri.

Din aceste cifre se constată în general că în cazurile de nefrită gravă există o iperazotemie mai mult sau mai puţin urcată, cifra maximă constatată de noi a fost de 212 mg %. Această azotemie însă nu are o valoare prognostică absolută. Azotemiile cele mai mari din nefritele scarlatinoase sunt reductibile, dovadă sunt şi cazurile noastre cu azotemia cea mai urcată, cari s'au vindecat complet, azotemia revenind încet la normal. *Altmann* citează un caz de nefrită azotemică scarlatinoasă la un copil de 4 ani, cu o azotemie de 347 mg % şi care s'a vindecat. Cu toate acestea nu este mai puţin adevărat că o nefrită cu o azotemie mărită trebue să ne pună în gardă.

In cazurile grave de nefrită au fost prezente accese convulsive în 13 cazuri din totalul acestor nefrite, adică în 4,2%. *Hirschberg-Sucharewa* dau 6,6%, *Pospischill* 7%, *Rumjanzeff* 5,7%. Accesele uremice nu sunt în raport direct cu gradul azotemiei, fiindcă şi în statistica noastră s'au înregistrat accese convulsive cu azotemii moderate (între 50—60 mg %) şi ele au lipsit în azotemiile cele mai urcate. Accesele convulsive au fost precedate adesea de fenomene subiective: insomnie, agitaţie, greaţă vărsături, dureri de cap, contracţiuni fibrilare în diferite grupe musculare.

Aceste accese convulsive sunt de un prognostic sever, însă nu fatal, fiind trecătoare şi bolnavul se poate vindeca chiar dacă se repetă. In aceste cazuri grave cu hiperazotemie foarte pronunţată oliguria este aproape constantă sau chiar o anurie de 1—2 zile, însă poate să existe şi cazuri iperazotemice cu diureză foarte puţin scăzută. Edemul este variabil, uneori este foarte discret, alteori este foarte exprimat. Hematuria şi cilindruria sunt constante, turburările cardio-vasculare sunt dese. Nefrita gravă survine în aceeaşi măsură în cazurile grave de scarlatină, ca şi în cazurile mijlocii; în cazurile uşoare de scarlatină n'am constatat nefrite grave.

Temperatura. Nu este constantă în toate cazurile de nefrită. In 26,9% a cazurilor noastre temperatura este normală, în 28,1% s'au înregistrat subfebrilităţi până la 37,5°, în 13,3% temperatura variază între 37,5—38°, în 12,3% între 38—39°, în 6% între 39—40°, în 13,4% au fost prezente şi alte complicaţiuni febrile, astfel că nu s'a putut determina ce revine din temperatură nefritei şi ce complicaţiunii intermitente. Temperatura de obiceiu se prezintă la începutul nefritei şi durează 5—10 zile. Nu există raport direct între gravitatea nefritei şi gradul temperaturei.

Modificările urinare. In majoritatea cazurilor volumul urinei este scăzut, rareori merge până la anurie. In 4 din cazurile noastre s'a instalat o anurie de o durată de 24—48 de ore, însă toate aceste cazuri în cele din urmă au avut un sfârşit favorabil. In 25,3% a cazurilor diureza a fost normală, în 29% între 600—1000 în 24 de ore, în 33,4% între 300—600 c. c., în 12,2% a cazurilor între 100—300 c. c. în 24 de ore.

Hematuria în 37% a cazurilor a existat în mod macroscopic, iar în restul cazurilor a fost constatată numai la microscop.

Tratament. In ceea ce priveşte tratamentul nefritei scarlatinoase vom avea în vedere prevenirea ei şi tratamentul propriu zis în caz de declarare.

Profilaxia. Pentru prevenirea nefritei se recomandă în primul rând un tratament potrivit al scarlatinei. Acest tratament constă din:

Repaos la pat în primele 4 săptămâni ale boli, timp în care se produc de obiceiu complicaţiunile renale. Va fi observat apoi un regim alimentar de cruţare a rinichiului. In perioada febrilă este regim lactat-hidric (lapte, cafea cu lapte, gris cu lapte, ceaiu, siropuri, citronadă, compot). După scăderea temperaturii adăogăm orez, macaroane, tăieţăi, legume, pâine nesărată, unt, tot feliul de făinoase şi se menţine bolnavul aşa timp de 28 de zile. După 4 săptămâni adăogăm carne, ouă, brânzeturi, deci trecem în mod progresiv la regim complet. Totuşi nu este de loc dovedit că acest regim de cruţare evită complicaţiunile renale, după cum nici regimul mai vechiu, care consta timp de şase săptămâni numai lapte, nu preserva de nefrită. *Pospischill* pe un material de 2372 de cazuri, *Jochmann* pe 1000 cazuri, alimentându-i dela început jumătate cu carne, jumătate fără carne, au constatat că nefrita în ambele cazuri a fost tot aşa de frecventă. Observaţiuni analoage a făcut şi *Dufour.* In provocarea nefritei joacă rol important alţi factori, geniul epidemic, exitând epidemii caracterizate prin frecvenţa mare a complicaţiunilor renale, uneori joacă rol predispoziţia individuală şi familială, din aceeaşi familie mai mulţi membri făcând nefrită.

Pe lângă tratamentul igieno-dietetic se mai face şi un tratament specific cu ser sau hemoterapie de convalescent, cu ser antiscarlatinos de cal şi tratament chimic cu diferite preparate chimice, în special sulfamide.

Tratament curativ. In nefritele uşoare şi mijlocii tratamentul propriu zis este mai mult igieno-dietetic. Se indică repaos absolut până la dispariţia edemelor, a iperazotemiei, ipertensiunii arteriale, hematuriei, albuminuriei. Dacă ultimile trei simptome se menţin în timp îndelungat, indică o trecere în cronicitate a leziunii renale şi atunci se poate permite cu mare precauţiune reluarea progresivă a ocupaţiunii.

Regimul alimentar va fi unul de cruţare a rinichiului şi va consta în primul rând din lichide zaharate în cantităţi abundente (sirop, orangeadă, citronadă, compot), lapte, gris cu lapte, supe de făinoase şi de legume nesărate. Un regim lactat exclusiv astăzi nu se mai aplică, fiind un regim prea monoton, din care cauză este greu de suportat, adesea este chiar refuzat de bolnavi. Pe de altă parte prin regimul lactat pur nu se ajunge scopul urmărit prin regim, adică de a cruţa rinichiul faţă de albumine, deoarece laptele este un aliment bogat în substanţe albuminoide. Dacă am dori să dăm bolnavului un regim exclusiv cu lapte, pentru a-i satisface nevoile lui calorice minime, în repaos, ar trebui să administrăm bolnavului 2—4 litri lapte pe zi, ceea ce din punct de vedere practic este foarte dificil. Insă această mare cantitate de lapte conţine albumine în cantităţi mult mai mari, decât un regim cu lichide zaharate, făinoase şi cu legume. Se va administra bolnavului pe lângă cele de mai sus regim declorurat reprezentat prin: miere de stup, pireu de cartofi, morcovi, mazăre verde, conopidă, fructe, portocale, mere, pere, franzelă nesărată. Acest regim duce la dispariţia rapidă a edemelor. Când au dispărut din urină hematuria şi albuminuria se poate introduce în regim carne slabă de pui şi alte păsări.

Tratamentul medicamentos în formele uşoare şi mijlocii ale nefritelor constă din diuretice, de obiceiu numai pe cale bucală. Se vor administra: scilaren, diuretină, eufilină, etc. Câteodată putem recurge şi la injecţii intravenoase cu ser glucozat.

In nefritele grave vom fi mai activi cu tratamentul. Aci pe lângă tratamentul igieno-dietetic de mai sus se

va face un tratament medicamentos mai intens. Atâta vreme cât persistă o diureză bună se recomandă ingerarea de lichide zaharate din abundenţă. Apoi vom face injecţiuni intravenoase cu soluţie de glucoză 20—40%, 200—500 c. c. deodată cu eufilină 5 c. c. Injecţiile cu ser glucozat şi cu eufilină se repetă zilnic până la obţinerea rezultatului dorit. Se vor administra şi alte substanţe diuretice. In caz de oligurie câteodată s'au dovedit utile împachetările calde şi băile fierbinţi. Când procedeele de transpiraţie prin băi şi împachetări fierbinţi nu se aplică se pot utiliza termofoare sau comprese calde cu făină de in. Compresele cu făină de in se schimbă tot la 1/2 de oră şi se pot repeta de trei ori pe zi.

In caz că se declară simptomele uremiei: vărsături, oligurie pronunţată, accese convulsive se indică venesecţie de urgenţă. Se scot 100—500 cc. sânge din vena cubitală în raport cu vârsta individului, injectând apoi o cantitate aproape egală de soluţie de glucoză 20—30% o. Cantitatea de sânge ce se poate scoate dela un copil se poate determina în raport cu greutatea corporală: se poate scoate a 10-a parte din cantitatea totală de sânge, cantitatea de sânge fiind 1/13 din greutatea corporală. Astfel un copil de 26 kg are 2 kg de sânge, din care se poate lua 200 cc.

Pentru calmarea vărsăturilor se recomandă administrarea bucăţilor mici de gheaţă, apoi supozitorii cu nautisan, clisme cu cloral-hidrat, 0,5—1 gr pentru o clismă. In caz de convulsiuni se poate încerca şi puncţia lombară. Când există fenomene de insuficienţă cardiacă se dau cardiotonice: cardiazol, digalen, etc.

O acţiune favorabilă în tratamentul acestor nefrite hemoragice îl are tratamentul cu vitamină C. sub formă de injecţiuni intramusculare sau chiar intravenoase, apoi continuat pe cale bucală. S'a observat în timpul tratamentului cu vitamină C. că diuerza creşte şi că urina se clarifică destul de repede. Acţiunea vitaminei se datoreşte proprietăţilor sale hemostatice, în baza căreia a fost utilizată şi în alte stări hemoragipare.

In caz de anurie persistentă ca ultim refugiu se recomandă decapsularea, după ce toate măsurile conservative au rămas fără rezultat.

LUCRARE DIN CLINICA MEDICALĂ CLUJ
Director: Prof. Dr. I. Haţieganu

RESUMÉ

Considérations sur la néphrite scarlatineuse

Les auteurs font quelques considérations sur la néphrite scarlatineuse en se basant sur 2440 cas de scarlatine, observés dans le service des maladies infectieuses de la Clinique Médicale de Cluj pendant 1920—1939. Sur ce nombre des scarlatines on a noté 368 cas de néphrites, soit 15,1%. Au cours des années la fréquence des néphrites a varié de 5,3% (1927) à 32% (1922). D'après l'âge les néphrites sont plus fréquentes entre 6—15 ans (18%), chez les adultes au dessus de 30 ans elles sont plus rares (10%), elles sont inexistentes au dessous de 1 an. Les néphrites sont plus fréquentes pendant l'hiver (19,3%) que pendant l'été (11,7%). Les scarlatines à forme grave se compliquent plus fréquement avec des néphrites (23,8%), les scarlatines moyennes dans 14,9%) et les scarlatines légéres dans 7.1%). Dans le plus grande nombre des cas les néphrites sont accompagnées d'autres complications scarlatineuses (otite, mastoidite, adénite, etc.).

L'apparition de la néphrite prédomine pendant la 3-ème semaine (44%) puis suivent la 4-ème semaine (20,1%), la 2-ème semaine (17,1%) la premièrie semaine (5,2%), la 5-ème semaine (2,8%), et la 6-ème semaine (1,3%). La durée des néphrites dans 37,8% a été de 2 semaines, dans 25% 2—4 semaines, dans 8,4% 5—10 semaines, dans 24% la durée a été inconnue. Dans 4,8% les malades ont succombé.

En ce qui concerne la gravité 41,7% ont été des néphrites légères, 52% des néphrites de gravité moyenne, 6,2% des néphrites graves.

Enfin on discute le traitement des néphrites scarlatineuses.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über die Scharlach-Nephritis.

Die Verfasser stellen Betrachtungen an über die Scharlachnephritis im Zusammenhang mit 2440 Scharlachfällen, beobachtet in der Abteilung für infektiöse Krankheiten der Klausenburger Klinik für innere Krankheiten, in der Jahren 1920—39. Die Nephritis ist in 368 Fällen, also in 15.1% aufgetreten. Im Laufe der Jahre hat der Prozentsatz der Nephritis gewechselt u. zw. von 5.2% (1927) bis 32% (1922). Im Verhältnis zum Alter kommt die Nephritis häufiger vor im Alter von 6—15 Jahren (18%). Seltener tritt sie auf bei Erwachsenen über 30 Jahre (10%) und bei Kindern unter einem Jahr kommt sie gar nicht vor.

Im Verhältnis zu den Jahreszeiten tritt die Nephritis am häufigsten im Winter auf (19.3%), seltener im Sommer (11.7%).

Die Nephritis ist meistens bei schweren Scharlachformen (23.8%), jedoch auch bei mittelmässigen (14.9%) und sogar bei leichteren Fällen (7.1%) anzutreffen.

In den meisten Fällen ist die Nephritis auch von anderen Scharlachkomplikationen begleitet. Das Auftreten der der Nephritis herrscht vor in der 3-ten Woche, 44%, sodann in der 4-ten Woche, 20.1%, in der 2-ten 17.1%, in der ersten 5.2%, in der 5-ten 2.8% und in der 6-ten Woche 1.3%.

Dauer der Nephritis: in 37.8% 2 Wochen, in 25% 2—4 Wochen, in 8.4% 5—10 Wochen und in 24% unbekannt. In 4.8% Ausgang tötlich.

Die klinische Form war folgende: in 41.7% leichte Fälle, in 52% mittlere und in 6.3% schwere Fälle.

Infecţia colibacilară şi graviditatea

de

Dr. Horaţiu Tănăsescu

Infecţia colibacilară este infecţia organismului cu bacterium coli, denumit şi *colibacil.*

Colibacilii trăiesc în intestin, alături de alţi microbi, ca oaspeţi inofensivi; — pot însă, uneori, a străbate mucoasa intestinului, — şi în repetate rânduri, — pătrunzând în sânge şi dând loc la colibacilemie, cu punct de plecare intestinal.

Această colibacilemie intermitentă şi trecătoare, poate a se reînoi tot mereu şi a da loc la infecţia colibacilară cronică, — denumită şi *colibaciloză.*

Nu voiu insista decât pe laturea sa obstetricală, adică pe acea parte a colibacilozei, care atinge graviditatea.

Ca obstetrician, am fost frapat de nenumărate ori de abondenţa cu adevărat excesivă a cazurilor de graviditate, complicate de turburări digestive şi adeseori şi de turburări urinare, — ceea ce m'a făcut să mă gândesc, dacă nu ar fi vorba de coexistenţa îndeosebi frecventă a *sindromului entero-reno-vezical,* descris de *Heitz Boyer* cu graviditatea, — şi deci această coexistenţă a numitului sindrom cu graviditatea să poată fi încorporate, în denumirea, — printr'o prealabilă lărgire a sferei noţiunei lui *Colaneri,* — de *sindromul entero-uro-genital.*

Colibacilul a fost izolat din materiile fecale, de către *Escherich,* în 1892;

— a fost izolat din urină, de către *Clado,* în 1894;

— a fost apoi invocat drept cauză a infecţiei urinare pe cale descendentă, de către *Albarran,* în 1894;

Americanul *Adami,* în 1899, semnalează bacteriemia derivată din intestin, ca foarte frecventă.

Intr'adevăr, *Bouchard* şi *Metchnikoff,* admiteau mai de mult, că numeroase turburări morbide au origină digestivă, încriminându-se însă autointoxicaţiunea, — adică, rezorbţia la nivelul mucoasei a otrăvurilor fie alimentare, fie microbiene.

Colibacilul a fost descoperit în sânge, — în cazuri de septicemie cu colibacil, — de către *Achard* şi *Renault,* în 1900;

— a fost atribuit infecţiei în pyelonephrita gravidică, de către *Reblaud,* — în urmă de către *Bar* şi *Cathala,* după 1900; *Bar* a susţinut, că colibacilul soseşte la rinichi pe cale sanghină, dând pyelonephrita gravidică, — şi că acest mod de invazie, ar fi special stării de graviditate.

Naunyn, Gilbert şi elevii săi, au arătat rolul colibacilului în patologia afecţiunilor ficatului şi veziculei biliare, invocându-se infecţia ascendentă.

Urologii cunosc colibaciluria, pe care ei o întâlnesc foarte des la femee, — dar fiindcă nu se acompaniază întotdeauna de turburări urinare marcate, ei o consideră ca un fenomen banal şi fără interes; — ei susţin că aceasta este o consecinţă a prezenţei obişnuite a acestui germene la nivelul regiunei ano-genitale, — cât şi ca o consecinţă a aptitudinei colibacilului de a se urca prin uretră.

Heitz Boyer, în 1918, proclamă rolul preponderant în patogenia infecţiunilor banale ale arborelui urinar, pe cale descendentă, prin germenii intestinali, cari trec în curentul sanghin, cu ocazia unei septicemii, rămasă de obiceiu latentă; colibacilul provoacă deci colibaciloza care are la origină aproape constant, turburările digestive, descriindu-se astfel *sindromul enterorenal* în 1920, — fapt admis şi în *Congresul de Urologie,* dela Madrid din 1930.

Desgeorges, în 1932, bazat pe cercetările sale din ultimii zece ani, susţine că colibacilemia, — cât şi auto-infecţia cronică prin colibacilul intestinal sau colibaciloza, — reprezintă o veritabilă entitate morbidă, care poate atinge diferite organe, dând loc la turburări variate.

Etiologie şi Patogenie

Actualmente, mecanismul infecţiei colibacilare se poate rezuma astfel:

Colibacilul este un germene saprofit; oaspe obişnuit al intestinului; sediul său de predilecţie este colonul drept (mai multe miliarde de germeni pe mmc.), traversează mucoasa intestinală, ajungând în sânge, dând septicemia colibacilară, microbii sunt apoi eliminaţi prin rinichi (circuitul enterorenal), eliminarea se face apoi prin urină.

In ceea ce priveşte cauzele favorizante infecţiei colibacilare se pot rezuma: flora microbiană intestinală, din saprofită devine patogenă, datorită paraziţilor (oxyuri, tricocefali, ascarizi, — ascaridoza frecventă la femee); descuamarea brutală a peretelui intestinal (printr'o purgaţie violentă); staza intestinală cronică, (tiflitele şi colitele); staza colică dreaptă, care are răsunet asupra ileonului, prin mucoasa căruia pot străbate germenii mai uşor.

Seria de cauze care provoacă staza: regimuri defectoase, îndoituri, aderenţe intestinale, bride colice, megacolon drept, sedentaritate, ptoza abdominală, iar toate acestea agravate prin starea de graviditate.

Colibacilul străbate mucoasa intestinală, pătrunde în limfatice, — apoi în canalul toracic, şi de aci în marea circulaţie.

Dacă ar urma vena portă spre ficat, — atunci rar ar ajunge la căile urinare; — colibacilul însă, atinge ficatul prin artera hepatică, iar rinichii prin arterele renale.

Colibacilii, parte sunt distruşi, — şi parte sunt eliminaţi simultan prin ficat şi rinichi; — de aceea, infecţiunile biliare şi urinare sunt frecvente, şi coexistând la acelaşi individ.

Fixarea colibacilului pe celulele căilor urinare, se explică astfel:

Urina este un excelent mediu de cultură — cu condiţia ca P. H. = 6,6 — 7,3 (normal P. H. = 5,8).

Este suficient să survină o leziune pe arborele urinar, pentru ca să producă infecţia colibacilară.

Izbucnirea şi perzistenţa infecţiei sunt favorizate de asociaţiunile microbiene (enterococ şi stafilococ); — de asemenea, alteraţiunile congenitale sau câştigate, ale căilor urinare, cari favorizează staza urinară (hydronephroza, strimtarea ureterului).

Infecţia ascendentă a căilor urinare este mai rară decât infecţia descendentă (sanghină), favorizată prin leziuni ale căilor urinare inferioare, sondaj septic, cistostomie.

Colibaciloza este de 3—4 ori mai frecventă la femee, decât la bărbat, din cauza ptozei abdominale, constipaţiei, vieţii sedentare, şi în deosebi din cauza graviditătii.

Graviditatea este timpul în care iese îndeosebi, la iveală colibaciloza, datorită faptului, că în acest timp se produce o reactivare a unor turburări digestive vechi latente, în urma compresiunei exercitată de uterul gravid asupra masei intestinale, cât şi din cauza diminuărei de rezistenţă a organismului, specifică acestei stări de graviditate.

Desvoltarea uterului dă loc la mai multe cauze predispozante:

1⁰ Compresiunea intestinală favorizează staza intestinală cronică;

2⁰ Compresiunea şi tracţiunea părţii inferioare a ureterului, cu dilatarea retrogradă, — de unde staza urinară şi obstacolul permanent la scurgerea urinei.

Infecţia colibacilară izbucneşte în a patra sau a cincia lună a sarcinei; alteori, poate şi mai târziu; — iar alteori, poate izbucni chiar în primele zile ale lăuziei.

Izbucnirea infecţiei colibacilare în timpul graviditătii, dă loc la diferite forme clinice, — observându-se forme acute colibacilare, — forme subacute sau cronice, — colibaciloze, — forme localizate la diferite organe, ficat, rinichi (pyelonephrite) etc.

O treime din cazurile de colibaciloză gravidică, ajung la avort sau la facere prematură.

Este interesant faptul, că după avort şi facere prematură, boala se atenuiază sau dispare, — dar ea poate să recidiveze la fiecare nouă graviditate.

Izbucnirea infecţiei colibacilare după naştere, este mai gravă, decât în timpul graviditătii.

Intr'o lucrare asupra infecţiei puerperale,[1]) am susţinut în deosebi, importanţa terenului în izbucnirea infecţiei.

Orice cauză care contribue la diminuarea acestei rezistenţe a organismului, favorizează infecţia.

Infecţia colibacilară contribue în raport cu forma şi gravitatea sa, la diminuarea rezistenţei organismului.

Terenul colibacilarelor se pretează la infecţia puerperală, observându-se adesea accese de colibacilemii, atât în timpul sarcinei, cât şi în timpul lăuziei, — atunci însă, când terenul colibacilarelor a fost expus la o asociaţie de microbi pe cale exogenă (streptococ, stafilococ, etc.) în urma unei intervenţii obstetricale septice, sau a unei plăgi perineale neglijate etc. — sau atunci când terenul colibacilarelor este expus la o asociaţie de microbi pe cale endogenă în urma existenţei unui focar septic în organism, o salpingită, o otită etc. — în asemenea cazuri se asistă la izbucnirea unei infecţii grave.

O proporţie foarte importantă de femei gravide plătesc tributul acestei infecţiuni colibacilare.

Aspecte clinice

Formele clinice sub care se prezintă infecţia colibacilară sunt aproape aceleaşi care se observă şi în afară de graviditate, fără a suferi modificări esenţiale, în ce priveşte simptomatologia.

Sunt două feluri de colibacilurii:

1⁰ Colibacilurie, infecţie la origină, pe cale sanghină, localizată la arborele urinar, — evoluând independent de orice colibacilemie;

— e permanentă, — abondentă, — acompaniată de piurie, — întreţinută de prezenţa unui obstacol la scurgerea urinei;

— nu atinge starea generală, decât în cazul când coexistă şi o bacilemie, — sau când există un focar de retenţie şi resorbţie într'un punct al aparatului urinar.

2⁰ Colibacilurie, infecţie la origină, pe cale sanghină, cu eliminarea colibacilului prin rinichi, — evoluând în legătură cu colibacilemia;

— e intermitentă, — corespunde la descărcarea germenilor în sânge, — abondentă, însă depinzând de condiţiunile favorabile de înmulţire în mediul urinar;

[1]) *Dr. Horaţiu Tănăsescu.* Infecţia Puerperală, Cluj. Institutul de Arte Grafice „Ardealul", 1930.

— atinge starea generală, bacilocolie, hypercolesterinemie, etc.

Colibaciloza, din punct de vedere clinic, este o afecţiune polimorfă, — manifestându-se prin următoarele aspecte:

1° Sindromul infecţios general acut;

2° Sindromul infecţios general cronic;

3° Localizaţiuni.

1° **Sindromul infecţios general acut.** — Colibaciloza se instalează printr'o fază acută:

Frisoane, — curbatură, — cefalee, — prostraţie, — febră până la 40°, iar după două trei zile, scade la 37°, şi apoi iar se repetă, — balonare abdominală, — turburări digestive, (anorexie, limba încărcată la centru şi roşie la margini, — diaree fetidă). — uneori artralgii, — urina turbure, întunecată, puţină albumină, bacteriurie, fără piurie.

Hemocultura pozitivă 70% din cazuri (sângele recoltat în timpul ascensiunei termice), — obţinându-se un germene ciliat, mai mult sau mai puţin mobil, *Gram* negativ, aparţinând la aceiaşi familie cu tificul şi paratificul, — făcând să vireze geloza lactozată.

Durata 8—20 zile, căzând din galop în pas, — trecând apoi în septicemie cronică, — sau infecţie urinară, — sau localizaţiuni viscerale (endocardită, pleurezie purulentă, etc.).

Această formă clinică se descoperă rar în graviditate.

2° **Sindromul infecţios general subacut sau cronic.** — Colibaciloza se manifestă: cefalee, difuză, tenace (după mâncare şi mai ales seara), — vertigiu, — somnolenţă, — moleşeală, — turburări digestive (limba încărcată, răsuflarea fetidă, apetit diminuat), — constipaţie, iar uneori diaree falsă (materiile fecale sunt dure şi fetide, acoperite de mucus şi conţinând coli, — adesea fibre conjonctive şi musculare, care relevă slăbirea sucurilor de digestie), — febră 38°—38°5 şi mai mult, (fie dimineaţa, fie la 3—4 ore p. m., fie seara), — fioruri mici, — cefalee, — oboseală, — urina clară, rar unde întunecate (colibacil), bacteriurie discretă în apirexie şi considerabilă în febră mare, — când se acompaniază de pyurie.

Hemocultura rar pozitivă.

Durata lungă, — faze de acalmie, — faze de exagerarea turburărilor, — starea generală se alterează (astenie, slăbire, anemie, hipotensiune, melancolie, obsesie). Ajunge în cele din urmă la exagerarea unui simptom, creind forme speciale (forme febrile, — forme artralgice, — forme psihastenice, etc.).

Această formă clinică se descoperă foarte des în graviditate.

3° **Localizaţiuni.** — a) *Pielo-nefrita.* Aceasta este de obiceiu unilaterală, — dreaptă, — cu un debut brusc, prin semne infecţioase (frison, febră 40°, etc.).

Aceasta e forma caracteristică a graviditătii şi este explicabil, prin faptul că o colibaciloză veche este agravată de starea de graviditate.

După două-trei zile, apar semnele de localizare urinară şi supuraţie (dureri lombare, unilaterale, pollakyurie, dysurie, urină turbure, care depune puroiu).

La examen se constată puncte dureroase elective renale şi ureterale (punctul costo-vertebral, — punctul costo-lombar, — punctul para-ombilical *Bazi*, — punctul supra-pubian, — o uşoară mărire a rinichiului bolnav.

Urina conţine leucocite alterate, — celule ale bazinetului, — celule ale rinichiului, — numeroşi microbi *Gram* pozitivi.

Piuria legată de bacteriurie, denotă infecţie focală.

După câteva zile de repaus, semnele infecţioase retrocedează însă urina conţine microbi.

Din timp în timp, reapare brusc durerea renală, febra descrie o ascensiune bruscă, iar în timp ce se clarifică urina, se precizează o tumefiere renală, care denotă retenţia pyelică.

Aceasta, după câteva zile, se evacuiază brusc, dând loc la o descărcare de urină purulentă, care aduce liniştea febrilă şi dispariţia semnelor locale.

Hematurii au fost observate. Colibaciloza poate fi cauza nefritelor hematurice cu albuminurie.

Hematuria ar fi produsă prin mecanismul următor:

— fie propagarea infecţiei şi intoxicaţiei pe calea vasculară, până la rinichi, unde ea determină fenomene congestive şi inflamatorii;

— fie prin fenomene de compresiune, de stază şi de asemenea congestie, până la hematurie.

Hematuria este uneori abondentă şi durabilă, dar în general ea este de intensitate mijlocie şi nu durează decât câteva zile.

Apariţia hematuriei coincide cu exacerbaţia turburărilor digestive şi instalarea turburărilor reno-vezicale.

Infecţia se însămânţează uneori în rinichi şi dă naştere la abcese corticale sau la flegmon perinefretic.

Rar se întâmplă însă, ca funcţia nobilă a rinichiului să fie lezată, — şi colibaciloza să ajungă la nefrita parenchimantoasă cu edeme, albuminurie şi ridicarea ureei sanghine. Cu toate acestea, o atingere uşoară nu este excepţională.

Foarte adeseori, organul se vaccinează contra colibacilului şi nu întreţine după câteva luni, decât o bacteriurie, puţin importantă, — dar care persistă adesea ani;

b) *Cistita.* Aceasta este de obiceiu secondară unei pielo-nefrite, — uneori este primitivă, — alte ori se grefează pe o cistită gonococică. Cistita se manifestă prin dysurie, — pollakiurie, — tenesm, — care caracterizează atingerea vezicală.

Urina este purulentă, — cu celule vezicale, — microbi;

c) *Uretrita.* Aceasta se grefează de obiceiu pe o uretrită gonococică, — dar poate fi şi primitivă.

Se manifestă printr'o scurgere seroasă, puţin dureroasă, dar tenace (durând chiar mai mulţi ani).

Consecinţele colibacilozei asupra anumitor organe. — a) *Forme entero-hepatice.* Colibacilul se elimină în parte, prin căile biliare (circuitul entero-hepatic). De asemenea şi aici, se poate fixa şi înmulţi în ficat sau în vezicula biliară, dând loc la angiocolită simplă, la hepatite, cu icter, la colecistite.

Un număr oarecare de ictere simple (icter catharal, icter infecţios benign) sunt datorite colibacilozei.

Colecistita colibacilară poate constitui faptul patologic primitiv, sau o complică o litiază veziculară.

Se manifestă în deosebi printr'o congestie a ficatului (ficat mare şi sensibil, puseuri de congestie dureroasă, chiar fără a se abate dela regim).

Bacteriemia derivată din intestin, determină:

1° Mărimea colesterinei în sânge, — hipercolesterinemia;

2° Iritaţia şi catharul litogen al veziculei, prin bacilocolia la care dă naştere.

Astfel se explică colelitiaza atât de frecventă la femee, unde starea de graviditate agravează colibaciloza;

b) *Forme vasculare.* Consecinţele asupra aparatului circulator se manifestă în primul rând prin hipotensiune. Această hipotensiune se acompaniază de turburări de circulaţie periferică: răceala obişnuită a picioarelor, amorţeala mâinilor, furnicăturile extremităţilor, sensaţia de deget mort.

Colibaciloza poate da loc de asemenea la flebite (varice, puls 90), palpitaţiuni;

c) *Forme nervoase.* Consecinţele asupra sistemului nervos constau din astenie, deprimare, melancolie, oboseală, iritabilitate, insomnie;

d) *Forme endocriniene.* Consecinţele asupra glandelor cu secreţie internă sunt foarte numeroase.

Glanda tiroidă este îndeosebi atinsă, observându-se fie fenomene de hipertiroidism), emotivitate, nerăbdare, iritabilitate, palpitaţiuni, tachicardie, hipertensiune, migrenă), fie fenomene de hipotiroidism (obezitate, congestie cerebrală, indolenţă, apatie, etc.).

Glanda pituitară dă sindromul hipopituitar (oboseală, abatere, tendinţa la teamă, depresiune, apatie psihică, pierderea memoriei, greutatea de concentrare).

Alteraţiuni se observă de asemenea şi asupra celorlalte glande cu secreţie internă;

e) *Forme genitale.* Colibacilul se găseşte în secreţiuni uterine şi poate determina *ulceraţiunile colului,* şi chiar *abcese salpingiene,* ceea ce a făcut pe *Colaneri* să descrie *sindromul entero-uro-genital.*

Germenii pot de asemenea a determina inflamaţia regiunei vulvare şi să dea loc la vulvite, vaginite, metrite, prurit vulvar etc.

Diferite alte complicaţiuni se pot observa în legătură cu alte organe, ca pulmonul, de ex. syndromul entero-pulmonar, sau forme oculare (conjunctivitele, iritele), etc.

Diagnosticul

1° **Studiul clinic** contribue în bună parte la precizarea diagnosticului.

Simptomele clinice, cari dirijează diagnosticul sunt simptomele intestinale (constipaţie alternată de diaree), simptomele urinare, simptomele hepatice, simptomele nervoase sau generale.

Coexistenţa acceselor infecţioase repetate, cu urină turbure şi cu stază intestinală cronică, ne va face să ne gândim la colibaciloză.

2° **Laboratorul** ne va confirma rezultatul obţinut prin examenul clinic:

Hemocultura, recoltând sânge în timpul ascensiunei termice şi fior;

— însămânţarea pe bulion de bou, timp de 24 ore;

— colibacilii se prezintă sub forma de bacili ciliaţi, *Gram* negativi, făcând să fermenteze şi să vireze geloza lactozată, turnesolată, şi reducând roşul neutru şi neînegrind geloza;

— hemocultura e pozitivă în formele acute şi este aproape totdeauna negativă în celelalte forme subacute, cronice sau localizate.

Examenul sângelui ne arată o formulă banală de leucocitoză polinucleară.

Examenul urinei este însă cel mai important;

— urina este uneori clară şi conţine colibacili;

— urina este alteori turbure, care turburare nu dispare prin adaugarea de acid;

— urina, prin repaus, lasă un depozit la fundul vasului, iar în urina clarificată supra-jacentă, din vas, se observă, în urma agitării vasului, unde întunecate, care corespund suspensiunilor microbiene;

— examenul cito-bacteriologic practicat pe urina, care a fost recoltată aseptic, în sediment, se constată elemente celulare, leucocite, celule ale bazinetului, celule ale vezicei, cilindri renali, forme bacilare (care prin însămânţare se obţin colonii şi prin identificare, se constată colibacilul).

Rezultatul examenului de urină va fi interpretat:

— o bacteriurie discretă nu însemnează colibaciloza, fiindcă ea se observă la 10% din indivizii normali;

— o bacteriurie masivă, înseamnă colibaciloză, mai ales dacă urina e de reacţie acidă puţin;

— o bacteriurie cu piurie, dovedeşte cu siguranţă o infecţie a aparatului urinar.

Diagnosticul diferenţial se va face în modul următor:

1⁰ In formele acute se va face diagnosticul diferenţial cu febra tifoidă şi paratifoidă, paludism, melitococie, gripă, tuberculoză acută, endocarditele maligne.

2⁰ In formele subacute şi cronice se va face diagnosticul diferenţial cu autointoxicaţia prin stază intestinală cronică, simplă, cu apendecita cronică, cu tuberculoza pulmonară.

3⁰ In pielo-nefrită se va diferenţia de tuberculoza renală, de pielo-nefrita cu bacili tifici sau paratifici, de iminenţa unui avort, de cholecistită, de apendicită.

4⁰ In cistite se va diferenţia de cistita gonococică, de cistita tuberculoasă.

5⁰ In formele localizate, colibaciloza este o simplă descoperire de laborator.

Tratamentul

Tratamentul constă din o serie de măsuri dietetice, medicamentoase şi chirurgicale, necesitând adesea intervenţia diferiţilor medici specialişti, din care cauză expunerea sa este foarte complexă, pentru a încerca să o schematizăm în cadrul acestui studiu, în care ne am propus a arăta numai rapoartele care există între infecţia colibacilară şi graviditatea.

RESUMÉ

L'infection coli-bacillaire et la gravidité

Ayant l'occasion de signer de nombreux cas de colibacillose et gravidité, l'auteur arrive a une série de considérations sur cet important chapitre de pathologie obstetricale.

L'auteur insiste sur les rapports qui existent entre l'infection colibacillaire et la gravidité avec ses conséquences sur certains organes d'en dehors de la sphere génitale, avec des graves répercussions pendant la gravidité, — il insiste aussi sur la diagnose et préconise, en ce qui concerne le traitement, une étroite colaboration entre les diverses spécialités de la médecine.

ZUSAMMENFASSUNG

Die colibazilläre Ansteckung und die Schwangerschaft.

Gelegentlich der Behandlung zahlreicher Fälle von Colibazillose in der Schwangerschaft gelangte der Verfasser zu einer Reihe von Schlüssen hinsichtlich dieses so wichtigen Kapitels in der Pathologie der Geburtshilfe.

Der Verfasser beschpricht eingehend die Beziehungen zwischen colibazillärer Ansteckung und Schwangerschaft mit deren Folgen auf bestimmte, ausserhalb der genitalen Sphäre befindliche Organe und die schweren Folgen die diese Ansteckung auf die Schwangerschaft hat. Ebenso eingehend befasst sich der Verfasser mit der Diagnose und empfielt, bezüglich der Behandlung, eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Zweigen der Medizin.

Foliculinoterapia în tratamentul hemoragiilor din domeniul oto-rino-laringologiei

de

Dr. St. Gârbea şi **Dr. Gh. Popovici**

Regiunile anatomice aparţinătoare specialităţii oto-rino-laringologice în majoritatea lor nu permit o hemostază imediată şi definitivă ca în chirurgia mare, atunci când se intervine asupra lor, aşa că teama de hemoragie a făcut pe chirurgii din toate timpurile să caute cele mai variate mijloace pentru combaterea ei.

Cum amigdalectomia este cea mai frecventă intervenţie şi cazurile cu hemoragie sunt foarte dese, americanii epuizând toate mijloacele de hemostază cunoscute s'au gândit şi la extractul ovarian.

Americanul Carol Birch din Chicago, a pornit dela ideea că dacă femeia nu manifestă hemofilia ci numai o transmite la descendenţii de sex bărbătesc are ceva în sângele ei, care menţine coagulabilitatea sângelui. Acest „ceva" nu poate fi decât extractul ovarian, cu care Birch a obţinut rezultate excelente în tratamentul hemofiliei.

Tot Birch a făcut următoarea experienţă: urina concentrată a bărbaţilor normali, a injectat-o în cantitate suficientă la un şoarece femel castrat şi a reuşit să producă ciclu aestral. Urina unui hemofilic n'a putut să producă această reacţie.

De asemenea a arătat că adăugarea de extract ovarian, scade timpul de coagulare în vitro la hemofilici.

Bazaţi pe aceste experienţe, autorii americani, mai întâi Birch din Chicago, apoi Spoto din Florida şi în urmă Heinberg prin 1936 au căutat să popularizeze această metodă de combatere a hemoragiei capilare.

Spoto a arătat că sângele recoltat din deget nu arată lipsa de coagulabilitate cu aceeaşi preciziune ca şi sângele recoltat direct din vână. Cei mai mulţi hemofilici cu timpul de sângerare normal, au avut şi coagularea normală cu sângele recoltat din deget, iar cel vânos se coagula abia în 3—4 ore.

Noi am început la cele mai multe cazuri să determinăm anteoperator timpul de sângerare şi coagulare.

Sângerarea o determinăm din *lobulul urechii,* care este înţepat cu acul lui Fränkel. Coagularea am determinat-o prin procedeul paharului cu oleiu de parafină.

Acţiunea extractului ovarian asupra coagulabilităţii sângelui am studiat-o la diferite cazuri de ambele sexe.

Obs. I. Comănescu Nicolae, 22 ani, student Academia de agricultură, internat în clinica neurologică cu lumbago şi *sciatică dreaptă* rebelă la orice tratament.

Bolnavul de statură înaltă, subţire, cu tegumentele palide, făcea în repetate rânduri amigdalite însoţite de dureri precardiace cu palpitaţii şi dureri foarte accentuate în regiunea lombară, cu iradieri în membrul inferior drept.

Bolnavul consultă serviciul clinicii noastre în luna Aprilie 1937, unde i se constată o amigdalită cronică criptică-caseoasă bilaterală şi se propune intervenţie.

El refuză intervenţia pe motivul că făcându-i-se două extracţii dentare în trecut a prezentat o sângerare zile în şir, necesitând repaus la pat şi tratamentul hemoragiei cu meşă şi praf de claudem, injecţii cu ser de cal etc.

Bolnavul s'a prezentat la mai mulţi specialişti care au refuzat să-i facă intervenţia de teama hemoragiei. După multe insistenţe l-am convins pentru un tratament preoperator.

Determinându-i timpul de sângerare i-am găsit 15′ (în loc de 3′) şi timpul de coagulare 38′ (în loc de 10′), fapt care a fost confirmat şi de laboratorul clinicii medicale.

Am încercat cu injecţii de calciu şi i. v. şi per os fără să putem influenţa coagulabilitatea.

I-am administrat apoi fiole de clauden 5 buc. à 10 cc., apoi ser de cal i. m. 250 cc. în mod progresiv timp de 2 săptămâni fără niciun rezultat evident.

Sângerarea mergea până la 10′—12′ dar timpul de coagulare nu putea fi influenţat de loc, fapt pe care îl urmărea şi bolnavul, obişnuindu-se cu tehnica coagulabilităţii care i se repetase în atâtea rânduri.

In această situaţie ne-am gândit să-i administrăm foliculină. Am ales perlatanul din care i-am administrat 5 injecţii intramusculare, repartizate câte una în fiecare zi.

Spre marea noastră surpriză şi a bolnavului, după terminarea injecţiilor cu foliculină, timpul de sângerare a ajuns la 2′ (dela 15′) şi timpul de coagulare la 12′ (dela 38′).

Bolnavul este transpus dela clinica Neurologică la serviciul clinicii noastre, unde i se face amigdalectomia fără nici cea mai mică sângerare. Pentru a fi mai liniştiţi i-am făcut şi o sutură pe tampon a stâlpilor amigdalieni de ambele părţi cu câte 3 fire, mai ales că am avut cazuri care au prezentat hemoragie la câteva ore dela operaţie.

In ziua următoare neproducându-se niciun accident i se scot firele şi tampoanele. După 8 zile părăseşte serviciul clinicii complet vindecat.

Impresionaţi de rezultatul acestui caz, am aplicat foliculino-terapia la nenumărate cazuri cu timpul de sângerare şi coagulare prelungit dintre care vom înşira mai jos câteva din cele mai interesante.

Obs. II. Fodoraş Emilia, 26 ani, cu amigdalita cronică hipertrofică şi hipertrofia posterioară a cornetelor inferioare. Are menstruaţia prelungită până la 8 zile cu dismenoree.

Timpul de sângerare 9′ şi
timpul de coagulare 26′.

I se administrează anteoperator 5 fiole perlatan, zilnic o fiolă.

Timpul de sângerare se reduce la 4′ şi
timpul de coagulare 11′. Se face amigdalectomia şi ablaţia cozilor fără nicio hemoragie postoperatorie.

Obs. III. Rusu L., cu dismenoree şi menstruaţie prelungită până la 15 zile neregulată. Amigdalită cronică criptică cu reumatism cronic. Timpul de sângerare 6′ şi timpul de coagulare 20′.

I se administrează 4 fiole de Gynestril după care timpul de coagulare şi sângerare ajunge la normal.

Nu prezintă nicio turburare postoperatorie.

Obs. IV. Huber Ludovic cu timpul de sângerare 5′ şi coagularea 28′. Sufere de reumatism poliarticular cu amigdalită cronică. Se administrează 4 injecţii perlatan à 500 U. E.

După prima injecţie, timpul de sângerare s'a redus la $2^1/_2$′ şi timpul de coagulare la 13′.

N'a prezentat nicio hemoragie postoperatorie.

Obs. V. Sandor Emerich, 26 ani. Suferind de deviaţia septului nasal cu insuficienţă respiratorie i se face rezecţia septului în plină hemoragie capilară. După demeşare bolnavul sângerează neîncetat în picătură cu picătură, încât suntem nevoiţi să-i facem un nou tamponament, preparatele de calciu, şi claudenul neavând niciun efect.

Inainte de a face a 2-a demeşare, i se administrează deodată 2 fiole cu perlatan.

După demeşare sângerarea încetează spontan la câteva minute.

Obs. VI. Moldovan Dumitru, 21 ani, se prezintă la serviciul clinicii pentru epistaxis bilateral ce datează dela vârsta de 14 ani. Din punct de vedere medical general nu prezintă nimic deosebit.

Ex. O. R. L. la rinoscopia anterioară prezintă puncte sângerânde pe ambele capete ale cornetelor inferioare. La rinoscopie posterioară nimic deosebit. Radiografia sinurilor feţii negativă.

Timpul de sângerare 9′ şi timpul de coagulare 24′.

La fiecare epistaxis mai accentuat bolnavul era tamponat şi i se administra preparate coagulante : calciu, clauden, ser de cal etc. Cauterizările repetate rămâneau fără rezultat.

Prezentându-se în serviciul clinicii cu epistaxis rebel, după tamponament şi determinarea timpului de sângerare şi coagulare, i se administrează Gynestril în lipsa perlatanului, sub formă de picături. După 2—3 zile de tratament cu Gynestril, bolnavul nu mai prezintă epistaxis, chiar la eforturile de suflat nasul.

Obs. VII. Stănescu M., student, suferea de mai mulţi ani de ulcer duodenal, cu melenă şi hematemeză în repetate rânduri. In ultima vreme a făcut amigdalite repetate cu dureri articulare, care îl debilitaseră mult.

Bolnavul ne-a atras atenţia asupra ulcerului, care îl supăra uneori prin hemoragiile care le producea şi astfel i-am administrat câtva timp clorură de calciu şi clauden, după care i-am făcut amigdalectomia.

Din timpul operaţiei loja amigdaliană stângă i-a sângerat neîncetat cu toate că i-am administrat diferite preparate coagulante şi ser de cal, vitamină C. etc.

I-am făcut sutura pilierilor pe tampon cu 3 fire. I-am aplicat compresorul lui Bosviel, după care a început să mustească puţin.

La $^1/_2$ oră a inceput din nou să sângereze, de data aceasta puţin şi din loja dreaptă.

In această situaţie epuizând toate mijloacele medicamentoase şi de compresiune locală, i-am administrat de încercare, 2 fiole de perlatan intramuscular.

Veghind lângă bolnav la un moment dat ne-am dat seama că elimină numai salivă curată.

Bolnavul ne-a mai cerut să-i prescriem foliculină şi după ce a părăsit clinica. Intâlnindu-l în repetate rânduri ne-a povestit că se simte bine şi că ulcerul după operaţie, n'a mai avut melenă, nici hematemeză după diferite eforturi, fapt care se poate explica prin amigdalectomie sau foliculinoterapie.

Obs. VIII. Pojoniu Ileana, consultă clinica noastră în repetate rânduri pentru epistaxis. Bolnava ne povesteşte că înaintea oricărei perioade menstruale are scurgeri de sânge din ambele nări pentru care a fost cauterizată în repetate rânduri fără efect.

La examenul ginecologic s'a constatat o hipofuncţie ovariană cu dismenoree. Foliculinoterapia pe care a urmat-o bolnava a făcut să dispară epistaxisul şi turburările menstruale.

Din nenumăratele cazuri la care am observat acţiunea foliculinei asupra măririi coagulabilităţii sângelui (cele descrise mai sus sunt cele mai demonstrative pentru a dovedi acest fapt pe care americanii l-au observat şi în vitro.

Intre cazurile studiate de noi, pare să nu fi fost niciunul cu hemofilie sporadică câştigată sau familiară, ci prezentau turburări în coagulabilitatea sângelui probabil din cauza vreunei boli infecţioase în antecedente sau o carenţă oarecare în organismul lor. Americanii au studiat acţiunea foliculinei asupra coagulabilităţii sângelui în primul rând la hemofilici, bazându-se pe faptul că femeia transmite boala fără să o manifeste şi nu şi-au putut explica mecanismul intim de acţiune al foliculinei asupra sângelui de bărbat hemofilic.

Noi am observat această acţiune la ambele sexe, cu rezultate mult superioare la sexul bărbătesc. Cazurile de sex femenin cu turburări în coagulabilitatea sângelui, prezentau şi turburări menstruale, încât foliculinoterapia îşi are până la un punct explicaţia în aceste cazuri.

La cazurile de sex bărbătesc studiate, în majoritate prezentau o stare generală fragilă, cu antecedente morbide destul de încărcate, pare că aveau o carenţă în organismul lor, care le da această stare, de un tip endocrin, special. Ar fi fost interesant dacă aveam posibilitatea să repetăm şi noi experienţele lui Birch, de a injecta urina concentrată a acestor bolnavi de sex masculin la şoarece femele castrate, pentru a vedea dacă se produce sau nu ciclul oestral.

Concluzia practică, care trebue să o reţinem din această comunicare, e că, ori de câte ori întâlnim o hemoragie capilară în domeniul specialităţii noastre, care nu cedează la mijloacele obişnuite medicamentoase şi de acţiune locală, e bine ca înainte de-a recurge la mijloacele eroice de ligatură carotidei externe şi transfuzie, să încercăm şi foliculinoterapia, mai ales la sexul bărbătesc.

RESUMÉ

La foliculinothérapie dans le traitement des hémoragies oto-rhino-laringologiques

Inspiré par les recherches americaines les auteurs ont appliqué la foliculinothérapie en injections intramusculaires dans le domaine de l'oto-rhino-laringologie chez des individus avec coagulabilité du sang abaissée et avec le temps de saignement prolongé et qui devaint être soumis à des interventions chirurgicales (amigdalectomie, etc.).

Sous l'influence de cette thérapeutique hormonale les troubles de coagulabilité sanguine et de saignement sont revenus presque à la normale et les individus ont supporté très bien l'intervention chirurgicale sans des saignements trop abondants. On relate 8 observations, femmes et hommes, de plus démonstratives à cet égard

ZUSAMMENFASSUNG

Foliculin-Therapie in der Behandlung von Blutungen aus dem Bereiche der Oto-Rino-Laringologie.

An Hand von amerikanischen Untersuchungen wenden die Verfasser auf dem Gebiete der Otorino-Larigologie bei Individien mit geringer Blutgerinnfähigkeit und bei solchen mit einer längeren Blutungszeit — die sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen mussten — die Folliculin-Therapie an, in Form von intramuskulären Injektionen. Unter dem Einfluss dieser hormonalen Therapie wurden die Gerinnungs- und Blutungsstörungen fast auf ihren normalen Stand gebracht und die Kranken ertrugen den chirurgischen Eingriff sehr gut, ohne zu starke Blutungen.

Es wird von 8 überzeugenden Beobachtungen, bei Männer und Frauen berichtet.

Considerațiuni asupra plăgilor arteriale în legătură cu un caz personal de arteriorafie

de

Dr Constantin Cheorghiu și **Dr. Crișan Mircioiu**

Plăgile arteriale, pot fi cauzate de instrumente tăietoare, de proiectile sau sdrobiri.

Simptomatologia și problema diagnosticului, strâns legate de natura rănirii, prezintă o deosebită importanță pentru conduita terapeutică a acestor diverse circumstanțe etiologice, cu atât mai mult cu cât această tera peutică, bine condusă, înlătură o serie de sequele tardive de-o importanță covârșitoare pentru bolnav.

Un caz observat și operat în seara zilei de 28 Mai 1940, pe când ne aflam în serviciul de gardă al Clinicei Chirurgicale din Cluj, ne dă ideea acestui articol, încercând a face câteva considerațiuni clinice și terapeutice asupra plăgilor arteriale.

Observația:

In seara de 28 Mai 1940, este adus în Clinica Chirurgicală din Cluj de către serviciul Salvării, elevul C. E, de 10 ani, din Cluj, pentru o hemoragie gravă cauzată în urma unei plăgi accidentale la nivelul 1/3 inferioare a brațului stâng, provocată printr'un fragment de geam spart, ce cade dela aproximativ 2 m. înălțime, în timpul orei de curs pe când un alt coleg încerca să închidă fereastra, pe care o sparge.

Se prezintă în serviciu la aproximativ o oră după accident.

La examinarea generală, se constată o paloare accentuată a tegumentelor și mucoaselor vizibile, un puls tachicardic, la care se asociază celelalte fenomene subiective ale hemoragiei.

La examenul local, se constată în 1/3 superioară a brațului stâng un garou improvizat dintr'un prosop, pentru hemostaza provizorie.

In 1/3 inferioară a brațului, la aproximativ 4—5 cm. deasupra plicei cotului stâng, se constată o plagă situată în regiunea antero-internă, lungă de aproximativ 5—6 cm. cu direcția ușor oblică pe axul longitudinal al brațului, fundul plăgii este acoperit de coaguli sanghini și mici sfaceluri musculare.

Incercând a ridica garoul aplicat, se produce o eliminare parțială a coagulilor sanghini însoțită de un jet puternic de sânge roșu arterial ce se scurge sacadat.

Examinând extremitatea în întregime, constatăm o cianoză și răceala accentuată a membrului, cu dispariția completă a pulsului în șanțul radial. La membrul opus, pulsul prezent, iar temperatura locală net diferențiabilă.

Se pune diagnosticul de *secțiune a arterei humerale* și se decide intervenția de urgență. In prealabil se administrează bolnavului ser fiziologic și tonice vasculare periferice.

Operăm sub anestezie locală; debridând plaga și făcând toaleta părților sfacelate. Constatăm: o secțiune transversală incompletă a arterei humerale, ce se menține într'un mic lambou posterior de aproximativ 1—2 mm. Acest lambou, neputând fi utilizat pentru arteriorafie laterală, este îndepărtat, făcându-se o arteriorafie circulară perforantă cu fire întrerupte de mătase. După sutură, pentru a da o etanșietate și mai mare punctelor perforante ale suturei, învelim trunchiul arterial într'un manșon aponevrotic creiat din aponevroza vecină a bicepsului, în așa fel încât sutura circulară a arterei, să se găsească la mijlocul acestui manșon, lung cam de 8—10 cm. Inchidem plaga complet, imobilizând membrul superior într'o atelă provizorie, pe care o înlăturăm în a patra zi.

Imediat după terminarea intervenției, pulsul radial reapare amplu și bine bătut, sincron cu cel din partea opusă; cianosa extremității dispare, membrul reluându-și temperatura normală. Persistă ușoare parestezii ce dispar după 24 de ore.

Evoluție normală; bolnavul părăsește serviciul în ziua 8-a, vindecat.

Unul din noi, revede bolnavul după două luni fără a constata nimic anormal atât la nivelul brațului, cât și în restul membrului superior.

Ne găsim aci în fața unei plăgi arteriale, a unui trunchiu arterial transsegmentar (humerala), ce prezintă o colaterală importanță segmentară (humerala profundă), prin intermediul căreia în caz de ligatură sau arteriectomie, se poate instala o circulație colaterală.

Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influenţând simultan sistemul glandular şi cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee; se vor înghiţi nemestecate.

KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eşantioane şi literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, **Bucureşti III.**

OPOTERAPIE ASOCIATĂ

PANCREPATINA
LALEUF

CAPSULE GLUTINIZATE

DIABET

6 A 12 CAPSULE PE ZI
(ÎN TIMPUL MESELOR)
DUPĂ PRESCRIPȚIA MEDICALĂ

EȘANTILLOANE ȘI LITERATURĂ
LABORATOARELE LALEUF
51 - RUE NICOLO — PARIS (16e)

PAUL ILUTZA — BUCUREȘTI (IV), STR. OLARI, 23

Am recurs totuşi — situaţia locală permiţându-ne — la arteriorafie din considerente cari fac motivul articolului de faţă.

Cercetări de o importanţă capitală, în ce priveşte fiziopatologia vasculară, au făcut pe *Leriche* să conchidă că: *„o arteră lezată, atunci când şi-a făcut hemostaza spontană, se transformă pe încetul într'un cordon fibros, ce nu mai bate şi care din punct de vedere clinic, nu mai reprezintă o arteră, ci un nerv simpatic bolnav, putând da naştere la distanţă, la reflexe variate"*.

Concluziile lui *Leriche*, au fost verificate experimental pe o scară întinsă de o serie întreagă de cercetători între cari citâm pe: *Leriche, Delbet, Botezat, Orban, Stricker, Bobniski* şi *Heitz*, etc., cari lucrând pe animale trag concluzii interesante cu ajutorul *arteriografiilor* făcute *„in vivo"*, cum şi prin *examinări histopatologice* a pieselor experimentate.

De altfel, natura acestor cercetări îşi are încă origina, în observaţia clinică făcută de *Desault* şi verificată de *Jones*, asupra efectelor locale ce le produc ligaturile arteriale, cum şi în cercetările lui *Luigi Porta* (1845) cu privire la circulaţia colaterală ce se instalează după excluderea trunchiului arterial principal, arătând prin injecţiuni, importanţa arteriolelor de calibru mic, intramusculare, lucru verificat ulterior de *Katzenstein* şi *Maugeri*, iar apoi de *Bolognesi*.

Practica războiului a contribuit şi ea la verificarea datelor clinice şi anatomo-patologice constatate: ischemiile frecvente după ligaturile arteriale chiar şi a trunchiurilor transsegmentare s'au constatat a fi cauzate de sdrobirile şi delabrările prea mari ale părţilor moi, cu care ocazie se distrugeau căile arteriale de calibru mic, intramusculare, mai ales, favorabile instalării unei circulaţii colaterale.

Aşa dar, chiar o arteră transsegmentară, care emite în drumul ei o altă arteră segmentară, cum ar fi în cazul nostru, artera humerală profundă (colaterala externă) emisă de humerala, nu este suficientă pentru preîntâmpinarea eventualelor fenomene ischemice sau, în cazul cel mai bun, a altor tulburări.

Se cer aici deci, o serie de condiţiuni locale, cari să uşureze instalarea ulterioară a circulaţiei colaterale (părţi moi sănătoase, lipsa infecţiei etc. şi asupra cărora nu insistăm fiind condiţiuni chirurgicale de ordin general).

Dar, admiţând chiar că avem prezenţi toţi factorii cari să uşureze instalarea unei circulaţii colaterale — sub rezerva vreunei anomalii anatomice bizare — totuşi, *după ligaturile arteriale apar o serie de tulburări cu localizare în porţiunea membrului de sub ligatură*. Citâm între aceste tulburări: *dureri ale extremităţii, coloraţiunea violacee a membrului, edemul, răceala, pielea devine uscată scuamoasă, prezenţa acceselor paroxistice de transpiraţie la nivelul membrului ligaturat, hipertermie, muşchii pot deveni duri şi pot prezenta retracţii tendinoase apariţia claudicaţiilor intermitente cum şi tulburări organice, caracterizate prin coborârea indicelui oscilometric.*

Toate aceste tulburări organice, funcţionale şi trofice se datoresc pe de-o-parte unui grad mai mare sau mai mic de insuficienţă circulatorie cum şi unui desechilibru survenit în sistemul de inervaţie al arterei la locul ligaturei.

Verificarea clinică ce constă în dispariţia completă a acestor tulburări după arteriectomie, accentuiază şi mai mult asupra momentelor etiologice cari le produc şi pe cari le-am enumerat.

Amintim în acelaşi timp că atunci când suntem nevoiţi să facem arteriectomie, trebue să rezecăm întotdeauna şi vena satelită sănătoasă. Obţinem în felul acesta rezultate mult mai bune pe cari practica chirurgicală a războiului trecut le-a remarcat, iar cercetările lui *Leriche* (1930), ale lui *d'Albert* (1930) şi cele ale lui *Lammoinier* (1935), au arătat că în felul acesta se provoacă *efecte vasomotorii* mult mai favorabile.

Cunoscând, toate aceste date clinice şi experimentale cum şi fiziopatologia lor, deducem că la nivelul oricărei ligaturi arteriale, (vorbim de trunchiurile principale) luând naştere o obstruare a lumenului arterial cum şi un efect direct asupra inervării parietale arteriale, se pot produce tulburările amintite.

Leriche, Stricker şi *Orban au demonstrat că o arteră obliterată nu mai este un conduct vector al sângelui, ci o grupare de nervi simpatici iritaţi în condiţii anormale şi cronice.*

Partea clinică practică pe care o deducem este aceea de a prefera ori de câte ori este posibil, arteriorafia, iar în cazul că aceasta nu se poate executa, aplicarea ligaturii arteriale, însă după arteriectomie.

Chirurgul, ori de câte ori este nevoit să facă, fie ligatura arterială, fie sutura arterială, înseamnă că se găseşte în faţa unui caz oarecum grav, nu numai prin leziunea ce urmează să o repare, dar şi prin starea generală pe care o, poate prezenta bolnavul.

Aceşti accidentaţi, sunt aduşi de cele mai multe ori într'o stare de hipotensiune şi anemie ca urmare a hemoragiei; afară de aceasta, se poate întâmpla ca ei să fie purtătorii unui garou vreme mai îndelungată.

Ne dăm seama deci că, în teritoriul de irigaţie al arterei respective, pot lua naştere diferite tulburări intime — biologice — (trombozări ale arteriolelor, capilarelor, mici emboli, embolii arteriale pe căile colaterale prin aşa zişii *trombi embolizanţi ai lui Moure*, etc.), la care adăugăm starea locală de hipotensiune în care se găseşte curentul arterial.

Enumerăm toate aceste date, deoarece credem, că multe eşuări ale arteriorafiilor (trombosările ulterioare) cum şi multe ischemii ce se produc după liga-

turile arteriale, își au origina tocmai în faptul că nu se combat *factorii „supra adăugați"* amintiți mai sus.

Nu vom începe niciodată o terapeutică chirurgicală la acești accidentați, înainte de a restabili tensiunea arterială cu care ne „vom curăți calea" de eventualele obstacole ce s'au instalat prin încetinirea curentului arterial.

Etatea are și ea mare importanță pentru acești factori supra-adăugați. Trebue luat în considerație că altul este debitul și forța circulatorie la bătrâni decât la tineri și că pereții arteriali la individul tânăr prin elasticitatea lor, pot împiedeca într'o anumită măsură supra-adăugarea trombilor embolizanți. Cazul descris de noi prezintă toate convenientele din aceste puncte de vedere și ne verifică în același timp datele clinice și terapeutice, prin apariția imediată a pulsului radial și dispariția imediată a celorlalte fenomene locale. Persistența paresteziilor timp de 24 de ore o atribuim aplicării greșite a garoului improvizat.

In ce privește metoda tehnică de arteriorafie, procedeele variază cu felul plăgii arteriale. Nu trecem în revistă nici felul plăgilor arteriale, nici diferitele metode de refacere a continuității arteriale. Studierea cazurilor din literatură ne dă impresia — noi fiind la primul caz de arteriorafie — că sutura circulară trebue să aibă o întâietate asupra celorlalte. Neapărat, atunci când cazul o cere (în special în cazul plăgilor arteriale produse prin arme albe) sutura laterală poate fi aplicată, cu tot atâtea șanse de succes.

Unele eșecuri atribuite suturii circulare, amintite de literatură și atribuite stenozării și obliterării arteriale, par a fi mai mult, eșecuri datorite instalării trombilor arteriali la nivelul suturii din cauza factorilor supra-adăugați amintiți.

In ce privește metoda de *„triangulare"* a lui *Carrel*, așa cum o numește *Forgue*, prin lungimea mult mai mare a suturii și mai ales prin de formarea pe care o produce asupra vasului, pare a fi mai propice obliterării prin tromb la nivelul suturii.

Concluziuni:

= Plăgile arteriale prin recentele noțiuni de fizio-patologie vasculară trebue să se bucure și mai mult de un tratament operatoriu conservativ. Facem această remarcă mai ales pentru chirurgia de război, când aceste leziuni sunt mai frecvente și duc adesea la amputații.

= Inaintea oricărei operațiuni arteriale vom căuta a combate starea de hipotensiune arterială spre a preîntâmpina apariția factorilor supra-adăugați amintiți, în teritoriul irigat de artera lezată.

= Vom prefera, ori de câte ori este posibil, arteriorafia în locul ligaturilor simple, deoarece arteriorafiile reușite dau cele mai bune rezultate *(Bier, Makins, Moure)*.

= Acolo unde execuția arteriorafiei nu este posibilă din cauza condițiilor locale — arteriale — sau a țesuturilor de vecinătate, (sfaceluri, infecții), vom executa rezecțiile arteriale *împreună cu rezecția venei satelite sănătoase*, evitând în felul acesta și acele eliminări „în escară" ale lui *Gayet* (urmate de hemoragii secundare), dar mai ales tulburările funcționale și trofice.

= In plăgile arteriale recente cu distrugeri întinse ale părților noui, vom căuta să facem o curățire mecanică corectă și să forțăm pe cât posibil arteriorafia deoarece în aceste cazuri, circulația colaterală se instalează greu. Vom fi atenți la eventuala instalare a infecției care compromite totdeauna sutura. In cazul când ea apare, recurgem imediat la ligatura arterială secundară, (eventual arteriectomie) de siguranță.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ—SIBIU
Director: Prof. Dr. Al. Pop

RESUMÉ

Considérations sur les plaies artérielles en liaison avec un cas personel

Les auteurs décrivent un cas d'accident chez un enfant de 10 ans. Il se produit chez cet enfant une plaie accidentelle au niveau de 1/3 inferieure du bras gauche, après laquelle on constate à l'occasion de l'intervention une section transversale incomplète de l'artère humérale. On fait une artérioraphie circulaire perforante. Après la suture on enveloppe le tronc artériel dans un manchon aponévrotique, créé de l'aponévrose voisine du biceps. Après il se produit une guérison complète. A propos de ce cas on fait quelques considérations sur les plaies artérielles et sur les artérioraphies. Il faut préférer toujours, quand c'est possible, l'artérioraphie aux ligatures simples, parce que les artérioraphie réussies donnent les meilleurs résultats.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über arteriale Wunden im Zusammenhang mit einem persönlichen Fall von Arterioraphie

Die Verfasser beschreiben einen Unfall bei einem 10 jährigen Kinde. Es entsteht eine Wunde in 1/3 Höhe des linken Unterarms, wobei gelegentlich der Operation ein unkompletter Querschnitt der Artere humeralis festgestellt wird.

Es wird eine perforante Zirkular-Arterioraphie mit einzelnen Seidenfäden vorgenommen. Nach Nähung wird die Ader in eine Aponevrotische Manschette, aus der Aponevroza des benachbarten Biceps, eingewickelt. Eine vollständige Heilung erfolgt.

Im Zusammenhang mit diesem Falle werden Betrachtungen angestellt über arteriale Wunden und Arterioraphien. Wenn möglich, so soll die Arterioraphie immer den einfachen Bindungen vorgezogen werden, weil die gelungenen Arterioraphien die allerbesten Rezultate ergeben.

Antagonismul hormonilor sexuali

de

Dr. Emil I. Bologa
preparator universitar

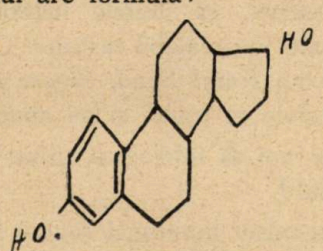
Diferența dintre sexe este determinată de diferiți hormoni, cari acționează asupra caracterelor sexuale secundare, masculine sau femenine. Se știe că organismul masculin nu produce exclusiv hormonul masculin, la fel petrecându-se lucrurile și în organismul femeii. Din urina femelelor s'a reușit să se extragă substanțe, care injectate la cocoși, erau capabile de a regenera creasta atrofiată a acestora.

Inainte de a trece la antagonismul existent al hormonilor sexuali, voiu încerca în linii sumare să reamintesc chimia lor.

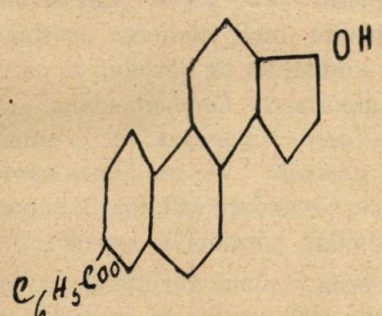
Hormonii sexuali se grupează în trei categorii:

1. Hormoni foliculari (substanțe oestrogene).
2. Hormonul corpului galben.
3. Hormonii sexuali masculini.

1. *Hormonii foliculari* se prepară din urina de iapă gravidă. Oestronul are formula $C_{18}H_{22}O_2$ și constitue compusul cel mai important al hormonilor foliculari. Oestronul are formula:

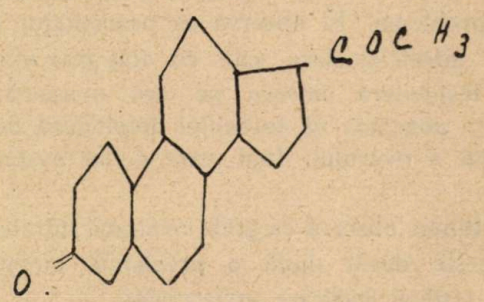


Benzoatul de oestrandiol are însă în clinică importanța cea mai mare. Formula sa este:

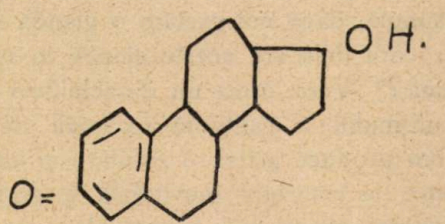


Sinteza hormonilor foliculari n'a reușit până astăzi.

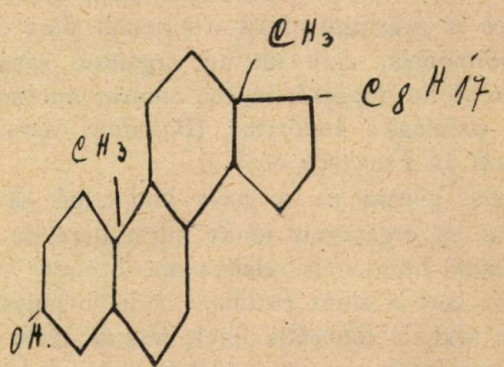
2. *Hormonul corpului galben* sau progesteronul se găsește în corpul galben. Se sintetizează din stigmosterol, un sterol care se găsește în uleiul de Soya. Formula progesteronei este:



3. *Hormonii sexuali masculini.* In urina masculilor se găsește androsteronul, care are formula $C_{19}H_{30}O_2$. Hormonul cel mai important însă din acest grup este testosteronul, care are formula $C_{19}H_{28}O_2$ și care se află în testicol:



Hormonii glandei suprarenale sunt foarte apropiați din punct de vedere chimic de cei sexuali. *Parkes* crede că hormonul cortical al suprarenalei ar avea o importanță primordială în producerea hormonilor sexuali, pe care îi găsim în urina masculilor și femelelor. Formulele tuturor acestor hormoni se apropie mult de aceea a sterolilor, al căror prototip este colesterolul:



In legătură cu acest antagonism al hormonilor sexuali, cercetările lui *Steinach* asupra feminizării, masculinizării şi hermafroditismului sunt acelea, care au introdus concepţia şi denumirea acestui antagonism în ştiinţă. După acest autor, cele două glande sexuale (M. şi F.) nu numai că nu sunt specific sexuale, ci ar prezenta între ele o opoziţie fiziologică. După cum vom vedea, cercetările ulterioare aveau să modifice această ipoteză a lui *Steinach*. *Knud Sand*, mai târziu prin grefele intratesticulare practicate la animale, reuşeşte să producă un hermafroditism experimental. Intre autorii care au negat posibilitatea antagonismului glandelor sexuale mai amintim pe *Pézard* şi *Caridroit* (prin experienţe făcute pe păsări).

Lipschutz şi elevii săi introduc idei noui în studiul acestei probleme. El observă că procentajul prinderii grefelor intratesticulare este cu atât mai mic, cu cât massa testiculară întrece pe cea ovariană. Astfel *Lipschutz* conchide că testicolul împiedecă funcţiunea endocrină a ovarului, fapt care a fost susţinut şi de *Athias*.

Pettinari observă că grefa ovariană intratesticulară nu reuşeşte decât după o prealabilă îndepărtare a celuilalt testicol (castrare unilaterală).

Grefa ovariană făcută unei femele normale este imposibil de realizat, dacă ea n'a fost în prealabil castrată. Astfel, *Pettinari* vorbeşte despre un antagonism ovaro-ovarian şi unul testiculo-testicular. Intrebarea pe care şi-o pune *Pettinari* este următoarea: „Ce se întâmplă, dacă noi grefăm o glandă sexuală la un animal, care deja are aceste glande în stare funcţională bună?" Vom creia un desechilibru endocrin, dând organismului o cantitate excesivă de hormoni sexuali. Vom produce astfel, o excitare a unei reacţii, care va duce la resorbţia inevitabilă a grefonului şi la neutralizarea acţiunii sale hormonale.

In organismul normal există un echilibru endocrin fiziologic, care dacă este perturbat tinde să se restabilească. Corelaţia dintre diferitele glande endocrine este desigur foarte sensibilă, suferinţa unei glande cu secreţie internă, având repercursiuni asupra celorlalte glande. Sistemul endocrin trebueşte deci privit prin prisma unui tot intact. Am putea spune prin alţi termeni, că în organism există o anumită stare de saturaţie hormonală, care într'un organism sănătos nu are voie să fie depăşită, în caz contrar intrând în domeniul patologiei endocrine (*Basedow*, acromegalie, sindromul lui *Froehlich* etc.).

Deci, pentru ca o grefă endocrină să prindă, trebueşte ca organismul să fie într'o stare de carenţă (insuficienţă) hormonală relativă sau absolută. Iată concluzia la care a ajuns *Pettinari*. Este incontestabil că glandele sexuale raportate unele faţă de altele exercită o acţiune diferită; raportate însă la organism în general sau la celelalte glande endocrine, deci la acel echilibru fiziologic endocrin, vom vedea că poziţia lor este identică şi rolul lor analog.

Procentajul prinderii grefelor ovariene este egal la mascul şi femelă, în cazul că au fost în prealabil castraţi. Este deci vorba aci de o adevărată „sete hormonală" indiferent de hormonul pe care-l secretă glanda respectivă grefată.

Voiu încerca în cele următoare o punere la punct a acestei chestiuni, privind-o în lumina cercetărilor recente.

La începutul secolului nostru, zoologistul *C. Herbst* a formulat în cartea sa: *„Formative Reize in der tierischen Ontogenese"* câteva regule în legătură cu raportul dintre caracterele sexuale secundare şi gonade. Una din regulele sale, stabilea că glandele germinative pot exercita o influenţă inhibitoare asupra desvoltării caracterelor sexuale secundare, ale sexului opus. Reiese de aici deci, că între cele două substanţe active ale glandelor germinative (M. şi F.) ar exista un antagonism manifest.

Steinach (1911) este primul cercetător, care încearcă experimental prin metoda grefelor, să lămurească această concepţie. In 1926 în urma cercetărilor sale efectuate pe cobai şi şoareci, el ajunge să afirme că *„specificitatea sexuală este strâns legată de un antagonism hormonal gonadic"*.

Caracterele homologe ar fi stimulate, iar cele heterologe inhibate. Ovarul exercită o influenţă inhibitoare asupra desvoltării organelor genitale mascule (corpi cavernoşi, vezicule, seminale etc.). Tot *Steinach* este acela care observă, că grefele heterologe nu prind decât pe animale în prealabil castrate. Cercetările ulterioare însă ale lui *Knud Sand*, *Moore* şi *Lipschutz*, au dovedit, că grefele se prind şi pe animale necastrate.

Ce trebue noi să înţelegem printr'un antagonism hormonal sexual?

Prin antagonism hormonal sexual trebue să înţelegem faptul prin care un hormon sexual, este inhibat sau chiar suprimat de către hormonii sexuali heterogeni. Prepararea extractelor pure ovariene şi testiculare au uşurat mult studierea acestui antagonism. Cunoaşterea cantităţilor de hormoni cu care se lucrează, este foarte importantă. *Laqueur* spune: „Nu este substanţa aceea care acţionează, ci o anumită cantitate din această substanţă". De asemenea aprecierea caracterelor sexuale secundare este foarte importantă pentru controlul activităţii hormonilor sexuali.

Să urmărim acuma rezultatele la care au ajuns cercetările cele mai recente în studierea acestui antagonism sexual. Vom studia în capitole diferite rezultatele obţinute asupra animalelor normale pe de o parte şi asupra celor castrate pe de altă parte.

Acţiunea hormonului femenin asupra masculului normal.

Laqueur şi *De Jongh* sunt aceia care au injectat acest hormon la animale mascule şi au observat acţiunea sa. Aceşti autori au descris o atrofiere rapidă a testicolelor, a penisului, a prostatei şi a veziculelor seminale. Injectând acest hormon la animale infantile, au constatat o întârziere considerabilă în desvoltarea testicolului şi a caracterelor sexuale secundare. Anmalele se refăceau însă foarte repede după suspendarea administrării acestui hormon. Cercetările ulterioare au putut stabili, că hormonul femenin produce asupra desvoltării testicolului, o inhibare atât morfologică, cât şi funcţională. *Laqueur* a numit această proprietate antagonistă a hormonului femenin asupra organelor sexuale mascule: „activitate antimasculină". Acest termen exprimă deci o inhibiţie provocată asupra producerii de hormoni masculini şi nici de cum o diminuare a efectului acestui hormon.

După *Burows*, *David* şi *Freud*, această activitate antimasculină ar fi caracteristică tuturor substanţelor oestrogene. Totuşi în ceea ce priveşte extractul de corp galben, această proprietate nu a putut fi pusă în evidenţă. Tot *Laqueur* şi *De Jongh* sunt aceia, care au putut arăta că efectele mai sus amintite produse de hormonul femenin, pot fi anihilate prin administrarea simultană a extractelor gonadotrope sau prin grefe hipofizare.

Mecanismul prin care hormonul femenin ar inhiba funcţiunea glandelor sexuale masculine s'ar explica printr'o acţiune directă asupra hipofizei, inhibând funcţiunea hormonilor gonadotropi dela acest nivel.

Acţiunea hormonilor masculini asupra femelelor normale.

Prin analogie, vom utiliza şi aci un termen similar şi anume acela de *„activitate antifemenină"* a hormonilor masculini *(testosteron)*.

Incă înainte de epoca hormonilor puri, au fost autori, care au constatat că injectarea extractului testicular sau grefele testiculare sunt capabile să inhibeze ciclul oestral la şoareci. Mecanismul acesta inhibitor însă nu ne este cunoscut.

Nelson şi *Merckel*, observă că administrarea dozelor forte de testosteron produce o hipertrofie considerabilă a uterului şi vaginului, la nivelul ovarelor, producându-se numeroşi corpi galbeni. *Lacastagne*, descrie o creştere în volum a clitorisului. Glandele lui Skene, care după administrarea hormonilor oestrogeni nu prezintă nicio modificare, se măresc după administrarea testosteronului *(Hamilton* şi *Wolfe)*. Incă nu este stabilit faptul prin care testosteronul ar desfăşura o activitate antifemenină în organismul femelei, producând o inhibiţie în producerea hormonilor femenini. Mecanismul prin care ar acţiona testosteronul, ar fi tot acele pe calea influenţării glandei hipofize. *Hartman* a observat că testosteronul poate întârzia apariţia oestrului la animale (după *Zuckermann* până la 7 zile). *Loeser* administrează cu succes testosteronul în turburările produse de menopauză, iar *Desmarest* şi *Capitain* în cazurile de mastopatii. *Papa Micolau* a întreprins cercetări similare, administrând propionatul de testosteron la o fetiţă, care prezenta dismenoree şi menoragie. Administrarea în jumătatea doua a ciclului menstrual a hormonului, produce întârzierea menstruaţiei următoare. Alţi autori sunt adepţii părerii, după care testosteronul ar produce o inhibiţie temporară asupra activităţii foliculare.

Hormonii masculini şi femenini la animalul castrat mascul.

Animale castrate se pretează admirabil pentru punerea în evidenţă a antagonismului hormonilor sexuali.

Mamifere. Una din caracteristicele hormonilor masculini, este aceea de a favoriza creşterea organelor genitale secundare la rozătoarele castrate. Progestina nu are însă această proprietate, foliculina din contră o are. Acest efect paradoxal *(De Jongh)* dispare însă atunci când se administrează concomitent hormoni sexuali masculini. Antagonismul cel mai evident dintre cei doi hormoni, se observă la nivelul prostatei, fapt pentru care acest hormon s'a utilizat în tratamentul hipertrofiei de prostată.

Influenţa pe care hormonii masculini o exercită asupra creşterii crestei la cocoş, este caracteristică şi serveşte drept test la etalonarea acestor substanţe. *Morato, Manaro,* este primul care a reuşit să suprime efectul unui extract urinar masculin, asupra creşterii crestei, prin administrarea concomitentă de hormoni oestrogeni (dimenformon). Mai târziu *Gley* şi *Delor* semnalează acelaşi fapt lucrând cu menformon şi propionat de testosteron. *Muehlbock* a demonstrat că este suficient să pensulăm creasta cu 500 gama de oestron, pentru a suprima complet efectul unei cantităţi de testosteron egală cu 0,4 gama. Acelaşi autor a dovedit o acţiune identică a progestinei (100 gama progestină poate diminua la jumătate efectul a 0,4 gama testosteron).

Hormonii masculini şi femenini la animalul castrat femel.

Cu 10 ani înainte deja, *Laqueur* şi *De Jongh* au injectat menformon şi extract testicular la şoareci castraţi. Ei au observat o augmentare a efectului hormonului femenin. Greşala era datorită conţinutului

extractului testicular în hormon oestrogen. Odată însă cu prepararea hormonilor masculini în stare cristalină, *Robson* a putut demonstra că injectarea simultană a oestronului şi testosteronului la şoarecii castraţi, nu produce descuamarea vaginală *(Scholen stadium-ul germanilor)* şi-a conchis că testosteronul suprimă oestrul la aceste animale. *Van der Woerd* a semnalat rezultate similare. *Korenchevschy* s'a ocupat însă cel mai intens cu acest antagonism hormonal. El a observat că epiteliul vaginal constituit sub influenţa menformonului se încarcă cu mucus sub influenţa testosteronului. Injectarea concomitentă a celor doi hormoni, produce la nivelul mucoasei vaginale un aspect analog celui din graviditate. Activitatea inhibitoare pe care testosteronul o exercită asupra rutului, nu trebueşte deci considerată drept un efect strict antagonist, pentrucă descuamarea nu se produce, celulele fiind încărcate, cu mucus. Extractele de corp galben fac imposibilă descuamarea mucoasei vaginale tot prin o încărcare similară a celulelor cu mucus. *Butenandt* observă o creştere şi deschiderea vaginului după administrarea hormonilor masculini, la animale infantile. In legătură cu uterul se cunoaşte deja de mult timp un antagonism între foliculină şi progestină. După *Klein* şi *Parkes*, testosteronul ar avea o acţiune analoagă cu a progestinei în ceea ce priveşte mucoasa uterină. Foliculina favorizează contracţiunile uterine; progestina le inhibează. Testosteronul inhibă şi el contractilitatea uterului, accentuată prin administrarea de foliculină. Aci putem vorbi deci despre un antagonism adevărat. *(Robson, Leonard).*

In concluzie:

1. Hormonii masculini inhibiază anumite efecte ale foliculinei asupra caracterelor sexuale masculine.

2. Acţiunea sa asupra crestei este inhibată de hormonul femenin.

3. Progestina se comportă în unele cazuri la fel cu foliculina, iar în alte cazuri acţiunea ei se aseamănă cu aceea a hormonilor masculini (anihilează efectul foliculinei asupra uterului şi vaginului).

4. Injectarea foliculinei la mascul, produce o întârziere în desvoltarea testiculului şi a caracterelor sexuale secundare — „acţiune antimasculină".

5. Injectarea testosteronei la animale femele exercită o „acţiune antifemenină", producând o inhibiţie în elaborarea hormonilor femenini.

6. Chimic asemănători, acţiunile lor sunt diferite şi antagoniste.

7. Raportaţi la echilibrul endocrin al organismului acţiunea lor devine totuşi identică.

8. Acţiunea antagonismului dintre hormonii sexuali s'ar efectua prin intermediul glandei hipofize, prin influenţarea producerii gonadostimulinelor.

INSTITUTUL DE FIZIOLOGIE AL FACULTĂŢII DE MEDICINĂ DIN CLUJ
Director: Profesor Dr. Grigore Benetato

RESUMÉ

L'antagonisme des hormones sexuels

En se référant à la différence qui existe entre les deux sexes, action attribué aux hormones sexuels, l'auteur étudie les influences réciproques antagonistes qu'on peut constater entre l'hormone féminin et celui masculin. Quoixque du point de vue chimique les hormones sexuels présentent des ressemblances évidents, leur action rapportée vis à vis l'un de l'autre est antagoniste. Antagonistes entre eux, leur action en face de l'équilibre endocrin du l'organisme reste quand même identique.

L'antagonisme entre les hormones sexuels se réfère à un procés d'inhibition concernant la production de l'hormone antagoniste, mais point sur une diminution du l'effet de ce dernier L'action antagoniste entre les hormones sexuels ne saurait s'effectuer directement, mais grâce à l'intermediaire de la glande hypophise en exercant une influence sur la production des gonadostimulines.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Antagonismus der Sexualhormone.

Der Verfasser untersucht im Hinblick auf die Unterschiede des Geschlechtes die durch die Tätigkeit der Sexualhormone bedingt sind, die reciproken antagonistischen Einflüsse, die bei dem männlichen und weiblichen Sexualhormon festgestellt werden können. Trotzdem in chemischer Beziehung die Hormone evidente Ähnlichkeit zeigen, sind doch ihre Einflüsse im Wechselseitigen Verhältniss antagonistisch. Obwohl sie untereinander Antagonisten sind, so bleibt doch ihre Wirkung auf das endokrine Gleichgewicht des Organismus gleichartig.

Der Antagonismus der Sexualhormone bewirkt einen Hemmungsprozess gegenüber der Enstehung des antagonistischen Hormons, aber keineswegs eine Verminderung des Effektes desselben. Der antagonistiche Einfluss der Sexualhormone soll nicht direkt erfolgen, sondern durch vermittlung der Hypophyse, und zwar infolge Beeinflussung der Entstehung der Gonadostimuline.

Turburările şi accidentele rachianesteziei şi tratamentul lor

de

Dr. Coja N.

Asistent

Ginecologul, în intervenţiile sale chirurgicale, e constrâns să lucreze aproape totdeauna în micul basin, pe organe ce nu pot fi exteriorizate şi având în cale masa intestinală continuu mişcată de respiraţie, de propriul său peristaltism sau de vomă, act atât de frecvent când pătrundem în cavitatea peritoneală. Iată de ce problema anesteziei în chirurgia ginecologică nu se pune numai din punct de vedere al insensibilizării regiunei operatorii ci şi din al paraliziei conţinutului abdominal, conţinut ce se interpune între organele genitale interne şi calea de abordare. Pe scurt acestea sunt argumentele care pledează pentru preferarea rachianesteziei oricărei alte metode de anestezie, când e vorba de o intervenţie ginecologică: silenţiul abdominal perfect.

Mecanismul producerei rachianesteziei. Este ştiut că o anestezie profundă este egală cu o intoxicare profundă. In anestezia rachidiană anestezicul, oricare ar fi el, impregnează tot axul cerebro-spinal prin difuziune şi datorită neuro-pexiei substanţei injectate ea se fixează la diferite nivele, în concentraţii din ce în ce mai mici cu cât ne apropiem de bulb, în urma diluării ce sporeşte cu ascensiunea substanţei anestezice. Aşa se explică de ce simptomele bulbare sunt de obiceiu foarte atenuate, sau uneori când anestezicul nu ajunge la bulb, nici nu apar. Anestezicul intoxică celulele nervoase şi suspendă activitatea celulară, temporar doar, evident dacă doza nu e prea puternică şi acţiunea nu durează prea mult timp. Anestezia profundă însemnează tocmai suspendarea activităţii celulelor nervoase ce intră în constituţia histologică a rădăcinilor sensitive şi motorii precum şi a centrilor medulari prin intoxicarea profundă a lor. In Clinica Ginecologică şi Obstetricală de sub conducerea D-lui Prof. Dr. Grigoriu Cristea, rachianestezia este metoda de elecţie în obţinerea insensibilizării regionale şi a silenţiului regional în caz de intervenţie chirurgicală. Anestezicul întrebuinţat a fost stovainastrichnina după Th. Ionescu, apoi novocaină simplă sau în combinaţie cu cofeina sub numele de „novocoff", „lombocoff" etc. Dacă cercetăm literatura găsim că aproape fiecare chirurg ginecolog foloseşte alt preparat pentru rachianestezie. Tocmai această multitudine de preparate rachianestezice denotă lipsa celui ideal.

Turburările şi accidentele survenite în rachianestezie. Intoxicaţia obţinută cu anestezicele rachidiene aduce pe lângă scopul anestezic şi turburări. Se obişnueşte a se considera aceste turburări drept accidente ale rachianesteziei. Unele survin totuşi atât de frecvent, încât .e mai drept să le etichetăm turburări, păstrând numele de accidente pentru cele care apar într'adevăr accidental. *Turburări* obişnuite de rachianestezie sunt: greaţa, vărsăturile, paloarea tegumentelor, bradicardia, ipotermia, staza venoasă, ipotensiunea (mai ales tensiunea minimă), cefaleea, angoarea respiratorie, într'un cuvânt un sindrom de ipovagotonie. Intre accidente numărăm sincopa cardiacă şi apneea.

Fiziopatologie. Este interesant de ştiut cum se produc aceste turburări şi accidente adică fiziopatologia lor, ca noi în combaterea lor să acţionăm cât mai apropiat de mecanismul patogenic. Din mulţimea teoriilor actuale desprindem importanţa centrilor şi căilor nervoase, intoxicate de substanţe anestezice. Se produce anume paralizia ori a centrului vasoconstrictor bulbar situat în planşeul ventricolului IV, ori a centrilor vasoconstrictori secundari, din substanţa cenuşie a măduvei, în care coboară prin cordoanele anterolaterale fibrele din centrul bulbar. De sigur că substanţa anestezică difuzează şi de-a-lungul rădăcinilor anterioare, cât şi a ganglionilor din lanţul simpatic spinal, consideraţi centri vasoconstrictori de al III-lea ordin, aşa că prin suprimarea activităţii celulelor nervoase din aceşti centrii şi căi, avem o adevărată secţiune farmacodinamică a centrilor şi nervilor vasoconstrictori. Este demn de subliniat că deşi fibrele vasodilatatoare sunt amestecate cu cele vasoconstrictoare anestezia le afectează mai puţin: după rachianestezie fibrele vasodilatatoare mai funcţionează în timp ce cele vasoconstrictoare nu mai reacţionează. Acţiunea anesteziei cuprinde astfel şi centrii de origine ai nervilor splanchici, nervii simpatici ai teritoriului abdominal. Secţiunea lor aduce sindromul de ipervagotonie amintit mai sus.

Combaterea. In concluzie turburările rachianesteziei se datoresc suprimărei tonusului simpatic şi consecutiv, avem hipervagotonie. Urmează dela sine că în combaterea acestor turburări ne trebue un medicament care să ridice tonusul simpatic şi să restabilească astfel echilibrul neuro-vegetativ. Medicamentul prin excelenţă simpaticotrop, adrenalina, din cauza toxicităţii şi acţiunei quasi efemere (vertij, sincopă, palpitaţii, convulsiuni, etc.), a fost părăsit, în favoarea succedaneelor mai puţin toxice, între care loc de frunte ocupă efedrina. Pe lângă toxicitatea redusă -- când se administrează intravenos — efedrina acţionează de 7 ori mai durabil ca adrenalina şi e eficace atât enteral, cât şi parenteral, manifestând o vasotonie nu numai arterială ci şi venoasă (Mügge). In doze mici stimulează sistola cardiacă şi circulaţia coronariană, iar

prin accelerarea circulației sângelui ameliorează irigația creerului și plămânilor, fapt de mare importanță pentru modificarea concentrației ionilor ce excită centrul respirator.

Conduita Clinicei Ginecologice și Obstetricale din Cluj în toate cazurile de rachianestezie este examinarea prealabilă a cordului și măsurarea tensiunei arteriale apoi tonizarea cu preparate de digitală per os timp de 3 zile. Inainte cu o jumătate de oră de rachianestezie se administrează 1 cmc cardiazol subcutan. Turburările ce le dă rachianestezia în special hipotensiunea și bradicardia se combăteau cu ser fiziologic subcutan la care se adăoga 1 cmc adrenalină $1^0/_{00}$ pentru 1000 cmc ser, cofeină, stricnină, etc. Deoarece efectul adrenalinei nu era durabil, deseori se recurgea la injecțiile intravenoase de glucoză, glucalcan, etc. Dintre medicamentele de uz curent ce s'ar fi putut întrebuința în aceste împrejurări ne-am oprit asupra efedrinei sub formă de cardiazol-efedrină, o combinație ce întrunește atât efectul analeptic central al cardiazolului, cât și pe cel simpaticotonic periferic al efedrinei. In peste 150 cazuri de operații ginecologice cardiazol-efedrina a înlocuit injecția simplă de cardiazol ce se administra înaintea rachianesteziei. Din acestea doar în 27 cazuri (19%) a fost nevoie să se administreze glucoză, glucalcan, ser fiziologic. Domeniul de aplicare al acestui preparat este foarte vast în ginecologie. Noi aproape în 90% din intervențiile executate sub rachianestezie constatăm paloarea feței, transpirații reci, puls mic bradicardic, ipotermie, greață, vărsături și o ipotensiune cu stază venoasă. Tabloul nu întotdeauna e complet, dar aproape întotdeauna 2—3 simptome sunt prezente. Cu toate acestea n'am avut niciun caz de colaps sau sincopă, de când utilizăm acest medicament. Uneori a fost nevoie să repetăm injecția în cursul intervenției sau după ce a fost terminată, dar niciodată n'am apelat la adrenalină, niciodată după administrare nu s'a instalat sincopă sau colaps. Multe din bolnave au o constituție astenică, limfatică, cu o stare habituală mai mult vagotonică cu ipotensiune arterială mai ales a minimei. V. Lian le pune pe socoteala turburărei echilibrului funcțional dintre organele de comandă (sistemul neuro-vegetativ și glandele endocrine) pe de o parte și dintre organele de execuție (cord, vase) și factorul umoral (tensiune osmotică) pe de altă parte. Altele ajung să fie operate având în antecedente simptome ca: oboseală musculară sau psihică, unele vertijuri, ușoară algiditate și cianoză a extremităților, cefalei constipație, aerogastrie, turburări endocrine. Sunt cazuri la care ipotensiunea arterială nu apare decât în anumite împrejurări. La canceroase, în boli de ficat — atât de frecvente la femei — în bolile endocrine de ex.: insuficiență suprarenală, care însoțește foarte adesea turburări ovariene, în miocardite nemanifeste, ascunse, cum e cazul în fibromatoza uterului, ipotensiunea arterială și toate consecințele ei nu o putem depista înainte de operație: ea apare în decursul ei sau postoperator, datorită de cele mai multe ori toxicului rachianestezic care declanșază o ipodimamie a cordului și consecutiv ipotensiune. Am evitat totdeauna această situație tonizând profilactic cordul și vasele cu cardiazol-efedrină în zilele premergătoare intervenției, la toți acești indivizi suspecți de predispoziție la șoc sau colaps. Doza a fost zilnic o injecție cardiazol-efedrină timp de 3 zile înaintea intervenției. Un nou preparat cu proprietăți preventive și curativeal turburărilor și accidentelor după rachianestezie sub numele de Veritol a fost scos de Casa „Knoll". E o substanță care conține numai componentele cu efect bun asupra aparatului cardio-vascular și marchează un incontestabil progres în acest domeniu al terapiei.

Cercetările Prof. Rein au stabilit că Veritolul posedă o acțiune tonizantă foarte pronunțată asupra sistemului venos. Față de adrenalină și efedrină nu produce vasoconstricție arterială și nici accelerarea pulsului; tensiunea arterială crește prin evacuarea vinelor și a splanchnelor de sângele venos și astfel sporește masa sângelui circulant și cu ea volumul de sânge pe care inima îl distribue apoi organismului. Cu alte cuvinte combate staza venoasă atât de frecventă în rachianestezie. Nu dă crampe, vomă, greață, respirație neliniștită, puls neregulat, sau turburări cardiace. La persoane sănătoase s'a obținut urcarea tensiunei arteriale până la 200 mgr. Hg cu doza ce se administrează în caz de colaps (un cmc i. m.), fără să fie turburată funcțiunea inimei sau frecvența pulsului. Chiar și unde tensiunea arterială e zero și pulsul nu se mai percepe, Veritolul a readus totul în ordine. Experimental la om s'a combătut cu acest preparat colapsul consecutiv unei embolii gazoase (Schneider). Acțiunea Veritolului se instalează rapid: după injecția intramusculară la 2—5 minute, după cea intravenoasă dela 10—15 secunde. Se poate administra și la bolile de ficat neavând nicio influență asupra glicogenului hepatic.

Noi l-am întrebuințat ca profilactic împotriva colapsului vascular rachianestezic, administrând un cmc intramuscular, înaintea operației cu o jumătate oră, la bolnavele ipotensive; în 8 cazuri am repetat doza în cursul intervenției fiind vorba de o bradicardie și o ipotensiune arterială, ce s'au manifestat cu toată administrarea Veritolului înainte de operație. Am observat în aceste cazuri că a doua injecție de Veritol nu mai are o acțiune tot atât de puternică ca întâia și în trei cazuri după 20—25 minute din nou pulsul a devenit bradicardic, ipotensiv, iar paloarea feței și ipotermia extremităților au reapărut, evident nu într'un grad

prea accentuat. Am administrat totuşi o injecţie cardiazol-efedrină şi rezultatul a fost net: pulsul s'a accelerat aproape până la normal (dela 50—55 la 70—75—80 pe minut) respiraţia a devenit adâncă şi regulată tensiunea arterială a crescut cu 1—1½ cm. Hg în special Mn, situaţia menţinându-se până la completa revenire. Deci în aceste cazuri acţiunea analeptică centrală a cardiazolului precum şi cea periferică uşor ipertensivă şi acceleratoare a pulsului ce se datoreşte efedrinei s'au dovedit mai eficace. Probabil că aici veritolul prin vasoconstricţia venelor aduce la inimă sângele venos stagnant; inima lucrând cu o cantitate mai mare de sânge are nevoie şi de un cardiotonic; efedrina prin acţiunea ei stimulantă asupra sistolei cât şi prin ameliorarea circulaţiei coronariene vine să completeze acest efect. In plus acţiunea acestei combinaţii medicamentoase e mult mai durabilă.

In serviciul Clinicei noastre, în caz de colaps sau şoc grav administrăm imediat veritol care are acţiune imediată şi netă; ca să ne asigurăm şi durabilitatea remontării circulaţiei şi respiraţiei mai ales în cazuri când recidiva colapsului sau şocului ameninţă, dăm o injecţie de cardiazol-efedrină la 20—30 minute după veritol. La astenice, vagotonice preparăm preoperator bolnava cu cardiazol-efedrină, iar cu o jumătate oră înaintea operaţiei administrăm un cmc veritol i. m. La bolnavele suspecte de o afecţiune cardiotoxică (reumatism, fibromatoză) unde miocardul sufere latent, iar rachianestezia declanşează suferinţa un cmc cardiazol-efedrină în timpul operaţiei sau după ea ne-a dat remontări admirabile lucrând ca o adevărată terapie a circulaţiei inimei. Ne ferim să administrăm efedrina în cazurile unde e vorba de mici alterări cardiace valvulare, care însă nu exclud intervenţia operatorie şi unde desigur creşterea tensiunei arteriale ar constitui un surplus de muncă pentru inimă. Aici preferăm exclusiv veritolul pentru acţiunea lui pur venoasă, fără accelerări de ritm.

In câteva cazuri de secţiune cezariană s'a putut face anestezia rachidiană graţie veritolului care a fost inofensivă, această anestezie considerată pe drept cuvânt de periculoasă în stările gravidice. Scăderea tensiunei arteriale urmată de colaps circulator şi slăbirea circulaţiei până la paralizia ei n'am întâlnit-o în aceste împrejurări, după ce am administrat un cmc veritol i. m. 30 minute înaintea operaţiei.

In concluzie, experienţa Clinicei Ginecologice şi Obstetricale din Cluj în combaterea turburărilor şi a accidentelor rachianesteziei consideră veritolul ca preparatul ce acţionează rapid şi eficace, combătând staza venoasă atât de frecventă în rachianestezie. Este lipsit complet de toxicitate şi deci nu produce nicio turburare subiectivă. Atât din punct de vedere profilactic, cât şi curativ îl preferăm tuturor medicamentelor similare.

Cardiazol-efedrina rămâne medicamentul de pregătire preoperatorie al astenicilor şi vagotonicilor; curativ îl vom asocia totdeauna veritolului în cazurile de şoc sau colaps pentru calitatea lui de durabilitate şi tonizare a inimei mai ales acolo unde bradicardia e persistentă; are indicaţie absolută în stările cardiotoxice cu o slabă irigare a miocardului fiind un activant al circulaţiei coronariene.

Cele peste 200 cazuri de rachianestezie efectuate în aceste condiţii în Clinica Ginecologică şi Obstetricală din Cluj fără niciun caz mortal cauzat de anestezia lombară, demonstrează importanţa aplicării acestei conduite de prevenire şi tratare a turburărilor circulatorii ce survin cu această metodă anestezică.

Clinica Ginecologică şi Obstetricală a Universităţii din Cluj-Sibiu
Director Prof. Dr. Grigoriu Cristea.

RESUMÉ

Les troubles et les accidents de la rachianesthésie et leur traitement

Après la rachianesthésie il se produit assez souvent des troubles habituels: nausée, vomissements, paleur des téguments, bradycardie, hypothermie, hypotension, stase véneuse, céphalée, troubles respiratoires, donc un syndrome de vagotonie. Plus rarement on note des accidents plus graves: Syncope cardiaque et respiratoire.

Dans la clinique gynécologique et obstétricale de Cluj-Sibiu pour prévenir et pour combattre ces troubles et ces accidents de la rachianesthésie on utilise les moyens suivants: avant la rachianesthésie on fait une injection avec de la cardiazol-éphedrine. Quelquefois il est arrivé qu'après l'intervention il a été nécessaire de faire des injectios avec de la glucose, glucalcan ou du sérum physiologique.

Dans le dernier temps on utilise dans la même clinique trés souvent pour combattre la stase véneuse et l'hypotension après la rachianesthésie le véritol, qui donne de trés bons résultats dans ces conditions. Assez souvent on associe le véritol au cardiazol-éphedrine.

L'expérience de la clinique est faite sur 200 cas de rachianesthésie, exécutés dans ces conditions et sans aucun cas mortel à cause de la rachianesthésie.

ZUSAMMENFASSUNG

Störungen und Unfälle der Rachianestesie und deren Behandlung.

Nach der Rachianestesie treten oft gewöhnliche Störungen auf, wie: Ekel, Erbrechen. Erbleichung der Tegumente, Bradycardie, Hypothermie, Hypotension. Atmungsbeschwerden, Kopfweh, also ein Vagoton-Syndrom. Selten sind Unfälle zu verzeichnen, wie: Cardial-Syncope und Apnea.

Um diese Störungen und Unfälle der Rachianestesie zu vermeiden und zu bekämpfen, werden an der Gynekologischen und Obstetrikalen Klinik Cluj-Sibiu folgende Mittel angewandt: vor der Rachianestesie eine Injektion mit Cardiazol-Ephedrin. Sehr selten ist es vorgekommen, dass nach der Operation eine Injektion mit Glukose, Glucalcan oder fisiologischem Serum notwendig erschien.

In der letzten Zeit wird in derselben Klinik zur Bekämpfung der Venenstauung und der Hypotension zufolge von Rachianestesie, Veritol verwendet, welches ebenfalls sehr gute Erfolge aufweist. In vielen Fällen wird Veritol kombiniert mit Cardiazol-Ephedrin verabreicht.

Die Erfahrung stützt sich auf 200 Fälle von Rachianestesie, ausgeführt zu obigen Bedingungen, ohne einen einzigen Todesfall als Folge von Rachianestesie.

Trei cazuri de intoxicaţie cu plumb cu simptomatologie incompletă

de

Dr. Ioan Graur şi Dr. Octavian Fodor

Manifestările clinice ale intoxicaţiei cu plumb sunt cunoscute din cea mai veche antichitate. Hipocrate descrie colica şi paralizia saturnină. Celsus şi Galien îi dau de asemenea o descriere amănunţită.

In epoca noastră prin perfecţionarea metodelor clinice şi de laborator, problema a fost complet elucidată. Saturnismul profesional, care la sfârşitul secolului trecut şi la începutul celui prezent luase o proporţie destul de mare, s'a împuţinat, datorită posibilităţilor de diagnostic din ce în ce mai avansate şi în consecinţă măsurilor de prevenire luate în stabilimentele industriale.

Azi întâlnim obişnuit saturnismul accidental, care poate fi medicamentos, prin utilizarea diverselor alifii şi comprese cari conţin acetat de plumb. E rar întâlnit. Relativ mai frecvent e cel alimentar, care se produce prin ingerarea diverselor alimente cari au fost ţinute în vase de plumb sau cu conţinut de plumb, întrebuinţarea de cuţite sau tacâmuri cu conţinut de plumb, vase cu emailul deteriorat, saramurile sau acriturile conservate în vase cu conţinut de plumb, cunoscut fiind că aciditatea acestora atacă mult mai uşor aliajele de plumb.

Calea percutană sau respiratorie, cum ar fi în cazuri de îmbrăcăminte vopsite cu cromat de plumb, locuirea în camere zugrăvite cu ceruză, întrebuinţarea de luminări colorate, sunt considerate de autorii clasici ca excepţionale.

Cazurile cari formează subiectul articolului de faţă, fac parte din categoria saturnismului accidental, alimentar. Ceeace ne-a determinat să le publicăm nu este faptul că astfel de cazuri ar prezenta o raritate, ci istoricul lor, pelerinajul acestor bolnavi în perioada lor cu simptomatologie completă pe la diversele instituţii spitaliceşti fără a li se da de rost. In perioada în care au consultat clinica noastră prezentau o simptomatologie incompletă, încât un diagnostic bazat numai pe date clinice ar fi fost hazardat. Diagnosticul nostru de prezumţie a fost confirmat indubitabil de către rezultatul analizelor de laborator.

La 8 Iunie a. c. se prezintă la consultaţiile Clinicii Medicale doi bolnavi — soţ şi soţie — cu rugămintea ca să fie primiţi în Clinică. Prezentau o paloare a tegumentelor şi o fatigabilitate extremă, cari ne-au impresionat.

Dăm mai jos rezumatul foilor lor de observaţie:

M. E., 32 ani, căsătorită, casnică. Odorheiu.

In antec. heredo-colaterale şi personale nimic de remarcat. Menstruată la 14 ani, epocele catameniale succedându-se regulat.

Boala pentru care vine în serviciul nostru datează cam de 3 luni, debutând cu o slăbire progresivă în forţele fizice, cefalee, ameţeli şi dureri abdominale destul de intense, sub formă de colici, cu localizare periombilicală, cari în primele două luni veneau aproape în fiecare zi, ţinând 1—2 ore, uneori o zi întreagă, însoţite de vărsături rebele alimentare şi bilioase. Scaun nu mai avea decât la 4—5 zile, întrebuinţând toată gama purgativelor şi în ultimul timp clisme.

Starea generală s'a alterat din ce în ce, slăbind mult în forţele fizice şi devenind foarte palidă. Cam la două săptămâni dela debutul bolii ar fi avut timp de câteva zile hemoragii gingivale.

Impreună cu soţul ei, care prezenta aceleaşi fenomene, au consultat medicul Casei Cercuale, care le-a prescris nişte picături după cari fenomenele nu s'au ameliorat. S'au internat pe rând în două spitale din provincie, într'un sanatoriu particular, de unde au plecat cu diagnoze foarte variate. Intr'un loc li s'au propus chiar o intervenţie chirurgicală. Văzând că nu se ameliorează s'au hotărât să consulte Clinica noastră.

La examenul obiectiv: bolnavă de statură mijlocie, tegumentele foarte palide, ţesutul celular-subcutanat redus. Sistemul nervos: pupilele centrale, rotunde, egale, reacţionează la lumină şi distanţă. Reflexele osteotendinoase şi cutanate se produc normal. Nu sunt semne de nevrite sau paralizii. Asupra aparatului respirator şi circulator relaţiuni normale. Tens. art. 13—7 (V. L.). Aparatul digestiv: nu se constată impregnaţie gingivală. Abdomenul de circonferinţă normală, acuzând uşoare dureri periombilicale, fără a se găsi puncte dureroase. Ficatul, splina nu sunt mărite. Aciditătile sucului gastric prezente. Scaunul, chimic şi microscopic relaţiuni normale. Ouă de paraziţi nu se constată.

Examenul sângelui: leucocitoza 6600, hematii 2,800.000, Hglb: 50 Sahli, V. glob. 0,88. Formula leucocitară: polinucleare neutrof. 68%, limfocite 25%, eusinofile 1%, monocite 6%. Hematii şi granulaţiuni basofile 3%, prezente deasemenea în punctatul sternal. Examenul radioscopic al tubului digestiv şi colecistografia normale. Urina: A. P. Z. negative

M. G., 36 ani, tâmplar, Odorheiu.

Lucrează exclusiv tâmplărie, nu a lucrat vopselărie.

In antecedentele heredo-colaterale şi personal nimic de remarcat. Nu a fost bolnav niciodată. Nealcoolic, nefumător.

Istoricul boalei similar cu cel descris mai sus, fenomenele de rău general şi colicele fiind mai accentuate în prima jumătate a timpului de boală. Debutul şi tratamentele anterioare internării în Clinică, aceleaşi. De două săptămâni nu mai are dureri abdominale.

La examenul obiectiv: tegumentele foarte palide, ţesutul celular subcutanat redus; nu prezintă semne de nevrită sau paralizii nervoase. Asupra aparatului respirator şi circulator relaţiuni normale. Tens. art. 15—8 (V. L.). Aparatul digestiv deasemenea. Examenul sângelui: leucocite 7.200, hematii 2,500.000. Hglb. 51 Sahli, V. glob. 1,0. Hematii cu granulaţiuni basofile 3,5%, prezente deasemenea în punctatul sternal.

Concomitent cu patronii lui, a căror istoric îl dăm mai sus, s'a îmbolnăvit şi un ucenic de al lor, acesta luând masa împreună cu ei. Alt ucenic care avea o sursă de alimentnţie separată, nu a prezentat nici un fenomen caracteristic intoxicaţiei cu plumb.

Primul ucenic, care s'a îmbolnăvit deodată cu patronii lui, a prezentat fenomene asemănătoare cu cele descrise mai sus, cam timp de o lună mai atenuate însă, revenindu-şi complet fără nici un tratament. După două luni dela restabilire, chemându-l la Clinica noastră pentru examinare, nu am mai putut constata decât o uşoară anemie, deasemenea prezenţa hematiilor cu granulaţiuni basofile în cantitate foarte redusă.

In urina recoltată dela ambii bolnavi, Institutul de Biochimie din Cluj ne-a pus în evidenţă eliminarea de plumb în cantităţi apreciabile.

Bolnavilor li s'a început imediat un tratament de desintoxicare, administrându-se iodură de potasiu, aceasta având proprietatea de a transforma fosfatul tribazic de plumb insolubil, legat de ţesutul organismului, în fosfat bibazic, favorizând astfel eliminarea. Băi calde prelungite, pentru favorizarea eliminării percutane. Calciu, care deasemenea ar mobiliza plumbul din organism. Simptomatic, pentru anemia pe care o prezentau s'au administrat injecţii intravenoase cu Ferovitamin (fier + vitamina C).

După 3 săptămâni de astfel de tratament, bolnavii s'au refăcut complect ca stare generală, scaunul a revenit la normal, nu mai aveau acuze dispeptice, au câştigat în greutate 1½—2 kgr. Hematologic s'au refăcut însă ceva mai încet. Numărul globulelor roşii a revenit în jurul a 4,000.000, cu valoarea globulară sub unitate, granulaţiile basofile persistând încă, însă extrem de rari.

Revenind asupra particularităţii acestor cazuri, reamintim simptomatologia clasică a intoxicaţiei cronice cu plumb, caracterizată prin triada simptomatică: colica, lizereul gingival al lui Burton şi granulaţiile basofile în hematii. Colica la rândul ei este caracterizată prin: dureri abdominale, constipaţie şi vărsături. Destul de caracteristice sunt şi paraliziile saturnine, se întâlnesc însă în cazurile cu cronicitate mai accentuată, ceeace nu era cazul la noi, bolnavii prezentând numai o simptomatologie de câte trei luni. Paraliziile se întâlnesc în medie cam după un an de întoxicare cronică, data apariţiei lor fiind considerată ca un indiciu cu oarecare valoare medico-legală, în saturnismul profesional.

Colica atât de clasică în această boală, care este considerată ca piatra unghiulară în formarea diagnosticului, nu mai era prezentă la aceşti bolnavi în momentul internării lor în serviciul nostru. Durerile abdominale pe cari le prezentau erau necaracteristice. Bolnavii prezentau sensibilităţi spontane, periombilicale, însă departe de intensitatea şi acuitatea cu caracter de criză paroxistică a colicei de plumb, iar ipertensiunea care însoţeşte această fază şi care după un oarecare timp devine permanentă, la bolnavii noştri nu era prezentă. Persistau fenomene dispeptice ca greţuri şi o constipaţie, nici ea prea accentuată.

Impregnaţia gingivală — semnul lui Burton —, datorită depunerii la acel nivel a sulfurii de plumb, la

ambii bolnavi era absentă. Unul dintre bolnavi ar fi prezentat la începutul bolii o uşoară sângerare a gingiilor timp de două zile. Prezenţa acestei liziere fiind condiţionată de o fază mai lungă de intoxicaţie şi de o fază de igienă bucală nu tocmai perfectă, neapariţia ei la bolnavii noştri nu ni se pare inexplicabilă.

Alteraţiunile hematologice însă — al treilea simptom din triadă — s'au prezentat în toată complexitatea lor.

Anemia cu caracter ipocrom este dintre primele simptome cari apar şi dintre ultimele cari dispar. A fost prezentă şi în cazurile noastre.

Anemia este în general însoţită de o oarecare fatigabilitate, corespunzătoare gradului de anemie. In cazurile noastre fatigabilitatea a fost foarte accentuată, mai mult decât aceea corespunzătoare gradului de anemie. Este o constatare pe care dorim să o accentuăm.

Al doilea caracter hematologic, prezenţa hematiilor cu granulaţiuni basofile în sângele acestor fel de bolnavi, este unul dintre caracterele cele mai importante. Asupra lor au atras atenţia pentru prima dată Grawitz şi Sabrazès. Numărul acestor hematii se poate ridica până la 14 % (Fissinger şi Peigney). Trautmann susţine că prezenţa a 100 hematii cu granulaţiuni basofile la 1 milion globule roşii poate fi luată ca certitudine pentru diagnosticul saturnismului, eliminând malaria. Hematiile cu granulaţiuni basofile pot apare chiar înainte ca anemia să devină evidentă, şi sunt o alteraţie a globulei roşii în raport cu intoxicaţia, evidenţiindu-ne reacţia reparatoare grăbită a aparatului hematopoetic. Ele dispar odată cu suprimarea elementului intoxicant, deci când aparatul hematopoetic îşi regăseşte condiţiunile de funcţionare normală. (Fissinger).

Prezenţa unor hematii cu granulaţiuni basofile la un bolnav anemic şi uşor icteric ne-ar putea atrage atenţia asupra unui icter hemolitic. Acestui fapt trebuie să-i dăm o oarecare importanţă, mai ales că în cursul intoxicaţiilor cu plumb poate suferi şi ficatul, având hepatite toxice cari evoluiază cu icter. Diagnosticul diferenţial nu e greu de făcut, icterul hemolitic prezentând un tablou clinic de o durată mai lungă şi o stare generală mai puţin alterată, ca în cazurile unei hepatite toxice. Rezistenţa globulară este caracteristică. De altfel Widal susţine că hematiile granulate basofil în icterul hemolitic ar avea alte caractere faţă de cele din intoxicaţia cu plumb.

Numărul hematiilor cu granulaţiuni basofile în cazurile noastre a fost apreciabil, fiind de 3—3,5 %, hematii cari s'au pus în evidenţă şi în punctatul măduvei osoase, prin puncţia sternului. A fost cel mai important simptom care ne-a permis să emitem un diagnostic de probabilitate, iar punerea în evidenţă în urina bolnavilor a plumbului, ni l-a transformat într'unul de certitudine.

In privinţa provenienţei plumbului, el a fost fără îndoială întrodus odată cu alimentaţia. Cea mai eclatantă dovadă ne-o face faptul, că s'au îmbolnăvit trei persoane concomitent, toate trei având aceeaşi sursă alimentară, gătindu-se în aceleaşi vase. Cel de al patrulea — un ucenic — luând masa înafară de familie, nu s'a îmbolnăvit.

Pentru a preveni o eventuală nouă intoxicare a bolnavilor, am căutat să aflăm şi care este sursa plumbului din alimentaţia lor. Ştiut fiind că mai frecvente sunt vasele de bucătărie în cauză, am cerut să ne fie trimise spre cercetare. Parte din ele au fost examinate, însă rezultatul a rămas negativ. Din motive independente de voinţa noastră o cercetare amănunţită în această privinţă nu s'a putut face.

In concluzie, este vorba de trei cazuri de saturnism cronic alimentar cu simptomatologie clinică vagă, fapt care a explicat în parte migraţiunea bolnavilor la atâţia medici şi spitale de unde au plecat cu cele mai variate diagnoze. Un examen complet, mai cu seamă şi hematologic, având în vedere anemia pe care o prezentau, ar fi putut elucida problema.

CLINICA MEDICALĂ I, CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. Iuliu Haţieganu.

RESUMÉ

Trois cas d'intoxication avec du plomb avec symptomatologie incomplète

Les auteurs décrivent trois observations de saturnisme accidentel dans une famille, ayant présenté une symptomatologie clinique atypique et incomplète L'intoxication a été causée probablement par l'ingestion d'aliments conservés dans des vases de plomb. Dans l'urine des malades on a trouvé du plomb en quantité appréciable. Les altérations hématologique ont été tipique: anémie avec catactère hypocromique, la présence de granulations basophiles dans les hématies (3—3,5 %). Par un traitement approprié tous les cas ont été complètement guéris.

ZUSAMMENFASSUNG

Drei Fälle von Bleivergiftung mit unvollständiger Symptomatologie

Die Verfasser beschreiben zwei Beobachtungen von Bleivergiftung in einer Familie, mit einer klinisch atypisch und unvollständigen Symptomatologie. Die Ursache dieser Fälle war das verzehren von Speisen, welche in Bleigefässen aufbewahrt wurden. In Urin der Kranken konnte die Ausscheidung von bedeutenden Menge Blei festgestellt werden.

Die haematologischen Alterationen waren typisch und komplett: Blutarmut mit hypochromen Charakter; Anwesenheit von basophilen Granulationen in den Erytrocyten (3—3,5 %).

Bei einer entsprechenden Behandlung konnten diese Fälle vollständig geheilt werden.

Chist hidatic multiplu al ficatului şi chist pulmonar cu dextrocardie*)

de

Dr. Virgil Stanciu
medic secundar

Chistul hidatic poate prezenta cele mai variate localizări.

In cazul nostru avem de a face cu un bolnav care suferă de chist hidatic multiplu al ficatului şi chist pulmonar.

Bolnavul a intrat în serviciul medical dela Spitalul Public Sibiu, în ziua de 4 Decemvrie 1940, pentru cefalee, lipsa poftei de mâncare şi tumefiere în regiunea epigastrică.

Foaia de observaţie a bolnavului are următorul conţinut:

Kraus Ioan, în vârstă de 17 ani, de profesiune ucenic.

In antecendentele heredo-colaterale nu prezintă nimic important. Nu-şi aminteşte să fi suferit de vreo afecţiune în copilărie. Nu fumează şi nu uzează de băuturi alcoolice.

Boala actuală datează de 5 luni. A început în mod insidios prin cefalee, scăderea poftei de mâncare, fără să acuze însă nicio altă durere. De asemenea bolnavul a observat apariţia unei tumefieri în regiunea abdominală epigastrică, care accentuându-se tot mai mult s'a internat în serviciul nostru.

La examenul clinic al bolnavului, avem de aface cu un individ de talie mijlocie cu un aspect însă infantil în raport cu vârsta bolnavului (17 ani).

Pielea normal colorată, însă foarte uscată şi prezintă o uşoară şi fină descuamaţie pe care bolnavul susţine că ar avea-o de mult timp.

Sistemul pilos în axilă şi regiunea pubelui foarte redus.

Tesutul celular subcutanat aproape normal.

Privirea bolnavului fixă, pometii mult proeminenţi.

Toracele în partea inferioară dilatat şi se observă o bombare destul de accentuată la nivelul hemitoracelui stâng.

La percuţia pulmonară se constată o matitate la nivelul câmpului pulmonar stâng care ajunge până la nivelul coastei a 4-a, limita superioară având forma unei curbe cu concavitate în jos.

Freamătul pectoral dispărut la acest nivel. La ascultaţie, murmurul vezicular abolit la nivelul hemotiracelui stâng. La nivelul câmpului pulmonar drept anterior, o uşoară matitate parasternală care ajunge până în dreptul liniei mamelonare. In rest la ascultaţia şi percuţia câmpului pulmonar drept, nimic deosebit.

Din partea cordului şocul apexian se percepe în spaţiul al 5-lea intercostal drept, la nivelul liniei mamelonare.

Nimic anormal la ascultaţia cordului.

La examenul abdominal se constată la inspecţie în regiunea epigastrică o bombare accentuată care ridică peretele abdominal. In inspiraţie, această bombare scade ca să se accentueze în expiraţie.

O a doua tumefiere însă mai mică se constată şi în regiunea hipochondrului drept. La palpaţie această bombare nu e prea dură, însă opune totuşi o sensaţie specială de rezistenţă, putând fi comparabilă acelei sensaţii pe care ţi-o oferă o minge de foot-ball. Nu e dureroasă la presiune.

La percuţie această ridicătură se confundă cu matitatea ficatului. In acelaşi timp avem sensaţia de percutare a unei somiere metalice (freamăt hidatic). Matitatea ficatului se confundă în sus la dreapta cu matitatea cordului, iar în stânga se continuă cu matitatea pulmonară.

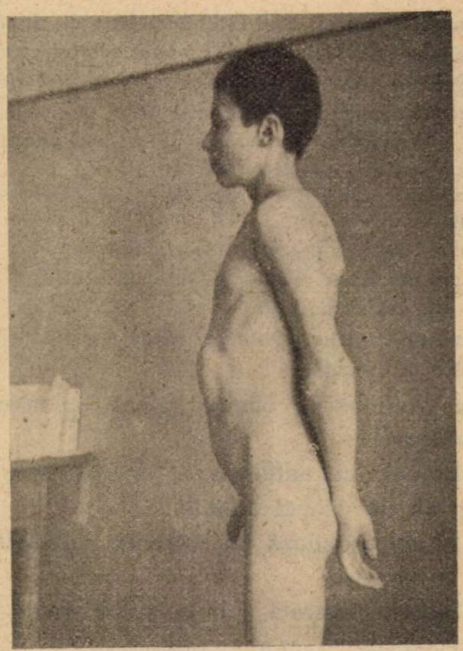


FIG. I.
Fotografia bolnavului în poziţie laterală. Se observă o bombare în regiunea epigastrică.

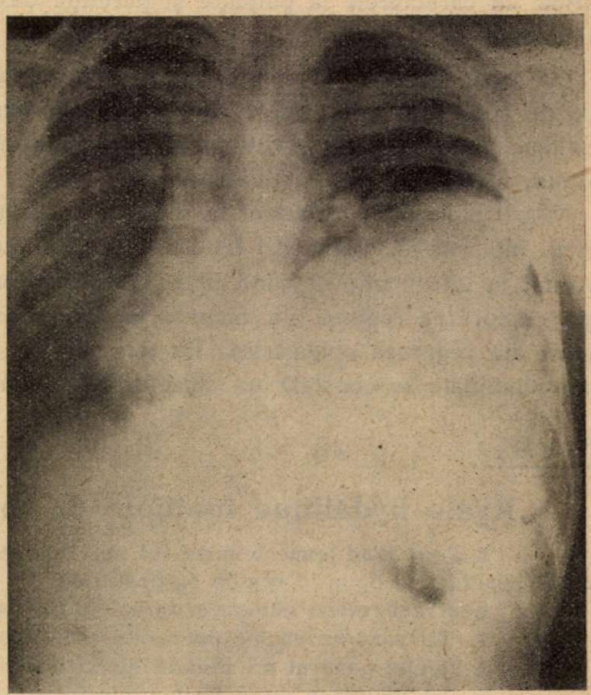


FIG. II.
Radiografia bolnavului în poziţie frontală (anterioară). Se remarcă la nivelul hemitoracelui stâng o opacifiere pronunţată care ajunge până la nivelul coastei a III-a cu convexitatea în sus. Imaginea cardiacă deplasată în partea dreaptă.

*) Comunicare făcută la Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj—Sibiu.

Nu găsim niciun semn de insuficienţă hepatică.

Urina de culoare normală, nu conţine albumină, puroiu, sânge sau zahăr.

Pupilele egale, reacţionează normal.

Reflexele rotuliene păstrate.

Examenul radioscopic al tubului digestiv nu constată nicio modificare.

Chimismul gastric: acid clorhidric liber 30, total 70.

La examenul radiografic al cavităţii toracice făcut la 6 Decemvrie 1940, se constată următoarele: opacifiere pronunţată în regiunea hemitoracelui stâng până la nivelul coastei a 4-a, limita superioară prezentând o convexitate în sus net delimitată.

Cordul situat în partea dreaptă.

Concluzia radiologică probabilă e de chist pulmonar cu dextrocardie.

Tabloul sanghin prezintă o eozinofilie de 5%.

Reacţia de fixare Weinberg-Pârvu (executată la laboratorul de Igienă) este intens pozitivă.

Intradermo-reacţia Cassoni e intens pozitivă deja la o jumătate de oră dela inoculare

Din examinările clinice făcute bolnavului reiese deci următoarele:

1. Bolnav cu antecedente relativ scurte, debut insidos şi cu un aspect infantil.

2. Boala evoluiază cu suferinţe subiective relativ mici.

3. Starea generală a bolnavului: bună.

4. Dilatarea regiunei inferioare a toracelui şi bombarea hemitoracelui stâng, cu şocul apexian în partea dreaptă.

5. Bombarea accentuată la nivelul regiunei epigastrice cu caracterele la palpaţie şi percuţie descrise mai înainte.

In baza acestor date precum şi în baza analizelor de laborator, a reacţiilor făcute şi a examenului radiologic am stabilit diagnosticul de chist multiplu al ficatului, chist pulmonar şi dextrocardie.

S'a trimis apoi bolnavul la serviciul chirurgical pentru intervenţie, unde d-l Docent Dr. Filipescu a procedat la intervenţie atacând întâi chistele hepatice. După explorarea regiunii s'a făcut o incizie la nivelul tumorii din regiunea epigastrică. La deschiderea cavităţii abdominale se constată un chist de mărimea unei portocale, situat pe partea anterioară a ficatului. După o izolare prealabilă cu meşe imbibate cu soluţie de formol 2% se fixează punga proeminentă a chistului de peritoneu, se face o puncţie, se extrage cca. 10 cmc. lichid, apoi se formoliază chistul. Se incizează şi se extrage capsula germinativă.

Se constată că chistul nu prezintă supuraţie. Pe urmă se suturează.

Se trece în aceeaşi şedinţă pentru extragerea chistului hepatic drept unde se urmează aceeaşi procedură, chistul având aceeaşi mărime ca şi întâiul. Evoluţia afebrilă, normală. Se extrage firele a 8-a zi. Totul s'a făcut sub anestezie locală, după administrarea în prealabil a unei injecţii cu morfină.

După această intervenţie, în ziua de 30 Ianuarie a. c., s'a făcut un nou control radiologic al toracelui, unde situaţia a rămas neschimbată.

Am prezentat acest caz din două motive:

1. Pentrucă prezintă aşa zisul „infantilism hidatic".

2. Pentru dificultatea pe care am întâmpinat-o în interpretarea dextrocardiei la acest bolnav.

Ar fi următoarele posibilităţi:

a) Un chist hidatic pulmonar cu reacţie pleurală secundară, sau un chist primitiv al pleurei care să împingă întreg mediastinul inclusiv inima spre dreapta. Ar fi deci acelaşi mecanism pe care-l găsim în pleureziile cu colecţii mari de lichid. In literatura medicală care ne-a stat la dispoziţie noi nu am găsit niciun caz similar de chist hidatic pulmonar sau pleural, care să producă prin compresiune dextrocardie. Singur Bordet în tratatul de patologie medicală din colecţia Sergent aminteşte de posibilitatea unui sindrom de compresiune mediastinală datorit unui chist hidatic pulmonar sau pleural;

b) A doua posibilitate este aceea a unei simple coincidenţe între o dextrocardie congenitală fără inversarea viscerelor şi un chist hidatic pulmonar.

Intervenţia chirurgicală care se va face asupra chistului din torace va decide probabil care din aceste două interpretări este valabilă pentru cazul de faţă.

RESUMÉ

Kyste hydatique multiple du foie, kyste du poumon avec dextro-cardie

Il s'agit d'un jeune homme (17 ans) qui était entré à l'hôpital à cuase d'une céphalalgie du manque d'apétit et d'une tuméfaction dans la région épigastrique.

Les recherches cliniques, radiologique, et de laboratoire, nous ont fourni les dates suivantes:

1. La maladie évolue avec des souffrances relativement petites.
2. L'état général du malade est satisfaisant.
3. La dilatation de la région inférieure du torax avec une dilatation accentuée de l'hemitorax gauche.

A l'écran on constate au niveau de l'hemitorax gauche une ombre à contours nets, qui touche jusqu, à la quatrième côte, avec la convexité en haut. Le coeur situé à droite, l'apex, étant dans le cinquiéme espace intercostal droit.

Les réactions de laboratoire fournissent les résultats suivants.

Dans le sang une eosinofilie de 5% les réactions Weinberg-Pârvu et Cassoni positifs.

Le diagnostic est de kyste hydatique du foie et kyste hydatique du poumon avec dextrocardie.

A l'intervention chirurgicale on a trouvé deux kystes hidatiques du foie assez volumineux situés sur la face antérieure du foie.

ZUSAMMENFASSUNG

Multiple Echinococusblasen der Leber und der Lunge mit Rechtslage des Herzens

Es handelt sich um einen 17 jährigen Kranken der Internen Abteilung des Spitals mit folgenden Erscheinungen: Kopfschmerzen, Appetitlosichkeit und Schwellung im Epigastrium.

Die Klinische Untersuchung (mit Röntgen und Laboratorium) ergab folgenden Befund:

1. Ziemlich kurzer Krankheitsbeginn, allmählich sich steigernd und infantiles Aussere.
2. Die Krankheit entwickelt sich mit geringen Beschwerden.
3. Das Allgemeinbefinden ist gut.
4. Erweiterung der unteren Thoraxappertur und Vorwölbung der linken Thoraxhälfte mit Herzspitzenstoss auf der rechten Seite im fünften Zwischenrippenraum in der rechten Mamillarlinie. Schwellung in Epigastrium.

Röntgenbefund: Kompacte Verschattung der linken Lunge bis hinauf zur vierten Rippe nach oben convex. Das Herz befindet sich in Rechts Lage.

Laboratoriums Untersuchung: Blutbild zeigt 5% Eosinofile. Weinberg-Pârvu Reaction positiv. Cassoni Reaction positiv.

Auf Grund des Befundes ergab sich die klinische Diagnose: Multiple Echinococcusblasen der Leber und der Lunge.

Bei Operation des Leberechinococcus wurde festgestellt: zwei Blasen von Orangengrösse auf der vorderen Fläche der Leber.

Probleme sanitare şi de ocrotire

Vizita Domnului Ministru al Sănătăţii, Muncii şi Ocrotirilor Sociale, Profesor Dr. P. Tomescu şi a Domnului Secretar General Dr. I. Stoichiţia la Sibiu

Conferinţa cu medicii primari.

In ziua de 15-16 Martie 1941, Instituţiile Sanitare din Inspectoratul Sanitar Sibiu au fost vizitate de către Domnul Ministru Profesor *Dr. P. Tomescu* şi de către Domnul Secretar General *Dr. I. Stoichiţia.*

In după masa zilei de 15 Martie au fost inspectate: dispenzarul oraşului Făgăraş, spitalul de Stat din Făgăraş, circumscripţia sanitară din Viştea de jos (Făgăraş), circumscripţia sanitară din Avrig (Sibiu), dispenzarul şi baia comunală din Şelimbăr (Sibiu).

In ziua de 16 Martie 1941, ora 9 a. m. a avut loc conferinţa trimestrială obişnuită a medicilor primari de judeţe, municipii şi de spitale din Inspectoratul Sanitar Sibiu, la care a participat şi Domnul Ministru mpreună cu Domnul Secretar General.

Conferinţa s'a ţinut în sala de cursuri a Clinicei Ginecologice şi Obstetricale, deschizându-se sub preşidenţia Domnului Ministru. Participă la şedinţă numeroşi profesori dela Facultatea de Medicină, în frunte cu decanul facultăţii, Prof. *Dr. V. Papilian.*

Primul a luat cuvântul domnul *Dr. I. Cosma,* Inspector General Sanitar, care în rezumat a spus următoarele: Corpul medical din inspectoratul Sibiu a hotărît încă de pe timpul conducerii domnului Inspector General *Dr. I. Stoichiţia* şi din iniţiativa Dniei Sale, de a se întruni din 3—3 luni în conferinţe şi de a face cu această ocazie o dare de seamă asupra lucrurilor realizate în diferitele domenii ale vieţii medicale şi sanitare şi de a discuta armonizarea mijloacelor de muncă, spra a obţine cel mai mare randement în aceste direcţii. Aceste conferinţe trimestriale au dat roade excelente, astfel că Ministerul Sănătăţii a găsit de cuviinţă să le generalizeze pe întreaga ţară. Astăzi ne găsim împreună cu ocazia unei astfel de conferinţe şi avem marea bucurie ca ea să fie prezidată de însuşi Domnul Ministru al Sănătăţii, Prof. *Dr. P. Tomescu,* pe care am marea cinste de a-l saluta în mijlocul nostru.

Domnule Ministru, personalitatea D-voastră ne este foarte cunoscută nouă tuturora de multă vreme. Am urmărit de aproape ascensiunea D-voastră de pe băncile Universităţii încă, de când eraţi preşedintele Societăţii Studenţilor în Medicină din Bucureşti, trecând apoi pe la preşidenţia Asociaţiei Generale a Medicilor, ajungând astăzi până la cel mai înalt grad al erarhiei medicale, Ministru al Sănătăţii. Corpul medical are astăzi în fruntea lui pe acelaşi conducător entuziast de acum 21 de ani, pe când eraţi în fruntea Societăţii Studenţilor în Medicină şi suntem siguri, că veţi însufla astăzi acelaşi spirit de entuziasm întreg corpului medical.

Domnule Secretar General, când aţi plecat în Noemvrie 1940, din mijlocul nostru la Iaşi pentru a lua conducerea inspectoratului sanitar de acolo, am fost copleşiţi de o mare tristeţe, firească oricărei despărţiri, mai ales după ce aţi condus aproape 10 ani cu atâta competinţă inspectoratul de aici, în care timp mulţi dintre noi am fost colaboratorii D-voastră apropiaţi. Insă am rămas cu mângăierea că acolo unde Vă duceaţi, aveaţi o misiune de îndeplinit, era nevoie de competinţa D-voastră în materie de organizare sanitară. Activitatea D-voastră prodigioasă dela Sibiu şi dela Iaşi a pus în evidenţă roadele talentului D-voastră de organizare, ceea ce V'a consacrat astăzi Secretar General al Ministerului Sănătăţii, în care calitate avem astăzi deosebita plăcere şi bucurie să Vă salutăm.

Domnilor profesori, munca D-voastră ţesută în Cluj timp de 21 de ani a trebuit să fie întreruptă pentru un moment şi s'o continunţi în alt oraş al Ardealului românesc, în Sibiu. Pentru corpul medical din Sibiu este o mândrie, că v'am putut oferi adăpost în instituţiile noastre medicale şi dorim să vă simţiţi cât mai bine în noua D-voastră reşedinţă şi suntem siguri, că şi aci veţi continua aceeaşi muncă desinteresată şi fără preget, pe care aţi desvoltat-o în Cluj.

Domnule Ministru şi Domnule Secretar General, din expunerea rapoartelor medicilor primari, Veţi binevoi să constataţi şi să apreciaţi activitatea instituţiilor medicale şi sanitare din acest inspectorat. Ani de muncă greu ne aşteaptă, însă Vă rugăm să fiţi încredinţaţi, că durerea cauzată de lovitura primită ne-a ameţit pe un moment, dar nu ne-a doborît. Cu braţul oţelit corpul medical este hotărît să lupte cu şi mai mare însufleţire pentru întărirea sănătăţii poporului român, pentru a putea duce la bun sfârşit opera începută de D-voastră.

In acest spirit Vă zicem bine aţi venit în mijlocul nostru.

Domnul Decan Prof. *Dr. V. Papilian* în numele Facultăţii de Medicină Cluj Sibiu salută pe Domnul Ministru spunând în rezumat următoarele : Vizita D-lui Ministru ne onorează ca Ministru, ne fericeşte ca prieten, dar ne stimulează ca om de acţiune.

Domnia-Sa este în adevăratul sens al cuvântului un om amabil, un receptor şi donator de simpatii. D-Sa este un adevărat cărturar, un adevărat om de ştiinţă în probleme neuro-psichiatrice. Este un pasionat cercetător al problemelor de organizare sanitară şi a tuturor chestiunilor în legătură cu profesiunea medicală, sub toate aspectele ei, pe care în fiecare număr al admirabilei reviste „România Medicală" le-a analizat şi desbătut.

D-Sa nu este un improvizat la postul de comandă de acum, ci a ajuns aci ca un profund cunoscător al problemelor medicale şi sanitare dela noi, ca unul din cei mai competenţi tehnicieni ai noştri.

D-Sa mai are încă un mare merit în ploblemele medicale, fiindcă în calitate de decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti a realizat pentru prima dată o colaborare efectivă între Ministerul Sănătăţii şi Facultăţile de Medicină, pe care o continuă astăzi în calitate de Ministru al Sănătăţii.

In ceea ce ne priveşte pe noi, Facultatea de Medicină, instalată în prezent aci, la Sibiu, am găsit o înţelegere totală la Ministerul Sănătăţii, care ne-a pus la dispoziţie toate instituţiile lui sanitare în scopul învăţământului. Dar nu numai atât, însă pentru instalarea şi funcţionarea noilor clinici şi laboratoare ne-a pus la dispoziţie, aparate, instrumente şi material sanitar în valoare de milioane de lei, pentru care îi mulţumim călduros. Ţinem să mulţumim în mod deosebit Domnului Secretar General *Dr. Stoichiţia,* care din primul moment al venirii noastre la Sibiu, în calitate de Inspector General Sanitar, ce era atunci, ne-a dat întreg concursul din partea instituţiilor sanitare.

Insă cu tot acest sprijin Facultatea de Medicină este încă departe de a fi în stare de funcţionare, ne lipsesc încă multe lucruri din cele mai esenţiale, de aceea ne permitem să Vă rugăm Domnule Ministru şi Domnule Secretar General să continuaţi cu sprijinul D-voastră până când clinicile şi institutele noastre universitare vor fi în stare de funcţionare normală.

Vă urăm Domnule Ministru şi Domnule Secretar General un bun sosit în numele Facultăţii de Medicină.

D-l Prof. *Dr. I. Haţieganu,* noul preşedinte al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul Sibiu, salută pe Domnul Ministru şi pe Domnul Secretar General în numele acestor colegii, spunând între altele : Sunt copleşit de o suvenire din anul 1919, când la Bucureşti trei medici români ardeleni, între care eram şi eu, au fost primiţi de către preşedintele Societăţii Studenţilor în Medicină din Bucureşti de atunci, actualul Ministru al Sănătăţii, Prof. *Dr. P. Tomescu.*

Atunci erau zile de glorie, de bucurie pentru neamul românesc, azi trăim zile de durere şi de doliu pentru acelaşi neam. Atunci aduceam salutul medicilor ardeleni Societăţii Studenţilor în Medicină din Bucureşti, a cărei activitatea noi tinerii medici ardeleni de atunci am urmărit-o de aproape întotdeauna, astăzi avem ocazia să salutăm în mijlocul nostru pe fostul preşedinte de atunci al Societăţii în calitate de Ministru al Sănătăţii.

Neamul românesc însă totdeauna s'a ridicat oricât de crude au fost loviturile primite, suntem ferm convinşi că aşa se va întâmpla şi acum.

Prezenţa D-voastră printre noi, *Domnule Ministru,* ne procură clipe de înălţare şi este un imbold pentru activitatea noastră.

Medicina este o ştiinţă a sănătăţii, nu numai a bolilor, ea se luptă pentru fortificarea sănătăţii. Rolul medicinii româneşti este de a fortifica vieaţa naţiunii. Sănătatea cetăţeanului este baza pe care se clădeşte naţiunea, patria şi familia. Rolul nostru al medicilor este considerabil în această luptă pentru păstrarea şi întărirea sănătăţii neamului românesc. Este necesar să îmbrăcăm haina de apostol, fiindcă medicina este un apostolat. Medicina este însăşi vieaţa în permanentă desvoltare şi clocotire. Medicii trebue să creieze dorinţa generală de întărire a forţelor biologice ale neamului nostru dinamizând aceste forţe.

Domnule Ministru, n'aţi venit în fruntea Ministerului Sănătăţii cu programe mari şi greu de realizat în timpurile de astăzi, ci aţi venit cu lozinca: Mobilizarea permanentă a medicilor pentru conservarea sănătăţii naţiunii. In acest scop Vă serviţi de datele ştiinţei, aduceţi cu D-voastră iubirea de om şi experienţa D-voastră de 20 ani, în care timp aţi participat la toate evenimentele vieţii noastre medicale, ca dinamizator şi armonizator.

In numele Colegiilor Medicilor Vă asigurăm de toată puterea noastră de muncă, pentru a întări forţele vitale ale neamului, care trebuie să învingă pentru a reconstitui România noastră de mâine.

Ia cuvântul apoi Domnul Ministru *Dr. P. Tomescu,* care spune în rezumat: In primul rând mulţumesc domnilor profesori *Dr. Papilian* şi *Dr. Haţieganu,* de cari mă leagă o veche prietenie, pentru cuvintele amabile rostite la adresa mea, prin care îmi atribuesc calităţi, pe care eu poate nu le am. Mulţumesc tuturor *domnilor profesori,* care asistă la această conferinţă sanitară. Mulţumesc de asemenea domnului Inspector Sanitar, *Dr. Cosma* pentru cuvintele de bun sosit.

Protocolar şi obişnuit ar fi, ca să anunţ un mare şi răsunător program. Nu este timpul şi nici locul să facem acum aci astfel de expuneri de program, deoarece D-Voastră aci cunoaşteţi toate lipsurile şi neajunsurile serviciului nostru sanitar. Cel mai bun cunoscător a problemelor de organizare sanitară la noi, *Prof. Dr. I. Moldovan,* este între noi şi D-Sa se găseşte permanent printre D-voastră.

In vremurile de azi, ce se impun în primul rând pentru fortificarea sănătăţii neamului nostru este *ridicarea standardului de vieaţă a păturei rurale, şi a păturilor sărace dela oraşe,* ceea ce constitue un punct esenţial din programul *Conducătorului Statului, al D-lui General Antonescu.* Insă această chestiune nu este numai una de ordin sanitar şi medical, ci este şi o problemă culturală şi în special economică şi financiară.

Realizări imediate în interesul sănătăţii publice sunt posibile următoarele:

Promovarea acţiunii de medicină preventivă şi asistenţă socială. Vom încerca să întroducem această medicină preventivă în Instituţia Asigurărilor Sociale, care are un număr foarte mare de asiguraţi şi care nu se ocupă decât exclusiv de medicina curativă. Sper să convingem pe conducătorii acestei instituţii, că este tot aşa de important pentru instituţie, dacă nu mai important, să se ocupe şi cu medicina preventivă, după cum se ocupă cu medicina curativă. Bugetul anual al Asigurărilor Sociale este de 2 miliarde Lei, care utilizat cu o bună chibzuială în folosul asiguraţilor, ar putea îmbunătăţii foarte mult starea acestora. Vom căuta împreună cu Domnul Secretar General *Dr. I. Stoichiţia* să elaborăm un plan la centru în privinţa medicinei preventive, prin care vom anunţa lucruri modeste, dar imediat realizabile.

Alt factor, care ne preocupă în deaproape este *descentralizarea vieţii sanitare.* Vrem să desfiinţăm centralizarea excesivă din domeniul sanitar. Toţi medicii să aibă putere, spirit de iniţiativă şi răspundere. In special medicii primari de judeţe, medicii şefi de de municipii şi de oraşe, directorii de spitale, inspectorii generali sanitari să aibă iniţiativă şi răspundere în sfera lor de activitate.

In vederea realizării programului nostru sanitar va fi necesară o mai *strânsă colaborare cu autorităţiile administrative locale,* în special cu Domnii Prefecţi, cari nu sunt bine informaţi în privinţa problemelor sanitare. Un rol important al medicilor este de ai câştiga pentru lupta noastră comună, cu scopul de a ameliora starea sanitară a satelor noastre.

Eforiile sanitare vor trebui să fie reorganizate, sufletul lor trebue să fie tot medicul. Rolul esenţial al eforiilor sanitare este de a strânge fondurile necesare, de a interveni pe teren şi de a pune la dispoziţia spitalelor, ce le trebue.

Din veniturile spitalelor până acum 1/3 era blocată la Minister, am dispus deblocarea acestor fonduri, pentru ca ele să servească la îmbunătăţirea situaţiei spitalelor.

Ne ocupăm în prezent în mod deaproape cu *autonomia spitalelor,* care de altfel a fost prevăzută deja în legea sanitară Moldovan din 1930, însă care n'a fost pusă încă în practică. Intrevedem această autonomie cu mult folos pentru spitale, în special spitalele mari dorim, ca să fie autonome din punct de vedere bugetar.

Dorim ca Inspectorul General Sanitar să nu fie un simplu controlor, ci un animator al serviciului sanitar românesc. Vizita Ministrului, a Inspectorului Sanitar, a medicului primar de judeţ să nu mai constitue o teroare, ci ea să fie aşteptată cu plăcere de către medici, pentru a schimba idei cu şefii erar-

hici, pentru a primi noui sugestiuni, pentru stimularea inițiativelor în domeniul realizărilor sanitare. Țin ca nimeni să nu lucreze de frica de pedeapsă sau din speranța recompensii, ci din conștiința îndeplinirii datoriei, pentru ridicarea vieții noastre sanitare.

In altă ordine de idei doresc, *ca să se instaleze pacea și prietenia între medicii de toate categoriile.* La Minister foarte mult timp trebue să pierdem cu rezolvarea conflictelor locale, mai mult personale, dintre medici. Doresc ca toate aceste conflicte să fie rezolvate pe loc de către superiorii imediat în erarhia medicală, rezultatul în această privință depinde de autoritatea D-voastră.

O altă obligațiune capitală și extrem de importantă ce o avem este aceea a *promovării tineretului în toate domeniile de activitate.* Acest tineret poate face greșeli, însă el trebue îndreptat și stimulat spre o activitate științifică, spre probleme medicale și sanitare de mare interes pentru țara noastră. Datoria noastră este să descoperim tinerii capabili, să-i stimulăm, pentrucă la maturitate ei vor avea conducerea țării în toate domeniile, așa cum o avem noi azi.

Avem convingerea că noua Românie va izbuti, a fost și va mai fi.

Urmează apoi rapoartele medicilor primari: *Dr. E. Opreanu,* medic primar al Județului Sibiu, asupra problemelor sanitare ale județului Sibiu și *Dr. M. Sireteanu,* medic primar și director al Spitalului din Mediaș, asupra situației acestui spital. Domnul Ministru felicită călduros pe ambii pentru realizările medicale și sanitare importante înregistrate.

Conferința continuă apoi sub președenția Domnului Secretar General *Dr. Stoichiția,* și mai fac rapoarte: *Dr. Schulz,* medic primar al Ambulatorului Sibiu, D-na *Letiția Dr. Miron*—Orlat, *Dr. Teleman,* șeful Laboratorului de Igienă Sibiu, *Dr. Ulpiu Ștefan*—Brașov, *D-l Căprariu,* directorul Școalei de Surdomuți Cluj—Sibiu.

Domnul Ministru, însoțit de Domnul *Prof. Papilian,* decanul Facultății de Medicină, de d-l *Prof. M. Sturza,* Președintele Comisiei Clinicilor și de numeroși profesori a vizitat apoi în mod amănunțit Facultatea de Medicină, Clinicile, Institutele Universitare și toate așezămintele spitalicești din Sibiu.

După masă Domnul Ministru și Domnul Secretar General, însoțiți de D-l Prof. Moldovan și de D l Inspector Dr. Cosma, au vizitat dispensarul și baia comunală din comuna Rășinari, așezămintele sanitare din Gârbova, Săliște și din Orlat.

Autonomia bugetară a spitalelor

de

Dr. I. Cosma
Inspector general sanitar

Din frământările prin care a trecut organizarea noastră sanitară după războiu, pare a se evidenția tot mai mult recunoașterea importanței medicinei preventive. Această recunoaștere s'a făcut în mod aproape nenatural cu salturi, când cu admiterea integrală a organizației sanitare bazată pe principiul preventiv, când cu negarea completă a utilității și eficacității acestor principii.

Organizația noastră sanitară imediat după războiu a fost îndrumată exclusiv de grija asigurării tratamentului medical al individului bolnav, iar preocupările de ordin profilactic chiar și pe terenul clasic al prevenirii — cel al boalelor contagioase — se rezumau la fapte neînsemnate și lipsite de importanță.

Prin legea sanitară din 1930 se dă o importanță covârșitoare problemei medicinei preventive și se pun bazele solide ale unei concepții care infiltrează mijlocul preventiv în toate preocupările medicului și în sfera de activitate a așezămintelor medicale, sanitare și de ocrotire. Tot acum apare pentru prima oară în organizarea noastră sanitară elementul medical specializat în problema medicinei preventive — medicul igienist — care are obligația de a sistematiza și aplica pe teren principiile teoretice ale organizării preventive. Urmează apoi o bruscă și completă abandonare a tot ce a format faza unei organizări; medicul igienist dispare chiar și din textul legii sanitare modificate și se ajunge la o perioadă în care medicina preventivă aplică în mod timid jumătăți de măsuri lipsite de putere de pătrundere. Azi opinia medicală și conducătorii Ministerului Sănătății sunt favorabili concepției preventive și se încearcă a se porni în mod hotărît la realizarea desideratelor fixate în legea din 1930.

Oricât de anevoios a fost drumul străbătut până aici de frământările acelora care așteptau o ameliorare a vieții noastre sanitare prin aplicarea și extinderea mijloacelor medicinii preventive, totuși nimeni nu poate aduce acuzarea că Medicina Curativă a luat desvoltare în mod excesiv în defavorul Medicinei Preventive.

In realitate, în acest interval organizația noastră sanitară — cu principiile de bază a Medicinii Curative, nu a ajuns la o ameliorare sau transformare mai te-

meinică ci s'a continuat cu mici modificări de ocazie în concepţia vechilor noastre legiuiri sanitare.

Nu se poate nega totul că în materie de construcţie s'a ajuns la punerea în funcţie a numeroase aşezăminte spitaliceşti moderne şi bine înzestrate, dar nu mai puţin adevărat că pe lângă aceste realizări îmbucurătoare, am rămas în mare parte cu spitalele vechi neigienice, neînzestrate care nu oferă decât un extrem de modest confort celui ce-şi caută lecuirea suferinţei.

Concepţia legiuitorilor şi îndrumătorilor vieţii noastre sanitare, cu privire la menirea şi rostul spitalelor a rămas în majoritatea cazurilor legată de ideea care a servit de bază la crearea primelor noastre aşezăminte spitaliceşti. O Instituţie de milă pentru omul bolnav şi sărac. Spitalul de Stat, în această concepţie se îngrijea exclusiv de omul nevoiaş şi nu putea oferi nimic bolnavului cu dare de mână. Chiar şi azi Spitalul public continuă a fi privit de unii ca un aşezământ exclusiv pentru nevoile lumii lipsite de mijloace, iar bolnavul cu dare de mână, chiar şi ţăranul mai înstărit este îndrumat la spitalele particulare. In această situaţie evident spitalul a rămas o Instituţie lipsită de venituri proprii şi a ajuns să fie întreţinut în întregime din fondurile Ministerului.

In schimb spitalele particulare au ajuns la o stare de înflorire.

Atâta timp cât spitalul nu va putea asigura acoperirea cheltuelilor de funcţionare, dacă nu în întregime dar în mare parte din veniturile proprii realizate prin taxele de îngrijire, nu vom putea asigura funcţionarea şi întreţinerea lor în condiţii mulţumitoare.

Aceste condiţii nu vor putea fi atinse decât deschizând porţile spitalului şi pentru bolnavi bogaţi şi asigurând în acelaşi timp spitalului un buget propriu autonom.

Gratuitatea în spital să se reducă la o limită în raport cu mijloacele materiale reale ale pacientului. O mare parte a bolnavior internaţi gratuit în spitalele mari nu plătesc taxele de îngrijire, fiindcă nu se cere destul de insistent achitarea. Să se compare bolnavii din saloanele clasa III-a dintr'un spital particular cu cei din spitalul Public local, şi se va constata că din punct de vedere a mijloacelor materiale există o deosebire minimală între aceste două categorii şi totuşi, în primul caz se achită sume mari pentru ospitalizare, iar în cazul al doilea se refuză plata unor taxe într'adevăr minimale. Dar dacă gratuitatea în spital îşi află justificarea la o parte a bolnavilor internaţi la clasa III-a, nu-şi găseşte justificare internările gratuite la clasa II-a, sau chiar clasa I-a, prin care se răpeşte o mare parte a veniturilor directe ale spitalului.

Numărul bolnavilor plătitori, chiar şi în condiţiile actuale de încasări, mai mult facultative decât obligatorii este în medie în regiunea Inspectoratului General Sanitar Sibiu de 40%. Aceasta cifră s'ar putea ridica cu uşurinţă la proporţia de cel puţin 70—75% prin încasarea mai conştiincioasă a taxelor de ospitalizare, admiţând gratuitatea numai în cazurile de paupertate evidentă.

Asigurându-se încasarea taxelor de spital până la proporţia 70—75% rămâne în sarcina statului o cotă de 25—30% a cheltuelilor funcţionării normale a unui spital.

Urmează deci că, spitalele actuale cu un număr suficient de mare de paturi, din taxele de îngrijire, ar putea asigura funcţionarea în bune condiţiuni a spitalului, până la limita de 70% a nevoilor şi trebuinţelor, iar prin completarea acestor venituri proprii din partea statului cu cota de 30% a taxelor de îngrijire dela clasa III-a, s'ar dispune de un buget, care executat conştiincios, ar asigura funcţionarea normală şi desvoltarea progresivă a spitalului.

In aceste condiţiuni autonomia bugetară a spitalelor devine realizabilă.

Bugetul spitalului cu buget autonom să se execute de către Eforia Spitalului prin direcţiunea spitalului. Eforia spitalului să se compună din personalităţile, cari prin autoritatea şi munca lor pot să contribue la desvoltarea spitalului. Această Eforie să aibă aproximativ următoarea compunere:

1. Directorul Spitalului ca Preşedinte al Eforiei.
2. Primarul Oraşului.
3. Inginerul Oraşului.
4. Un Medic Primar dela Spital.
5. Medicul Primar al Judeţului.
6. Administratorul Spitalului ca Secretar al Eforiei.

Atribuţiile Eforiei să se extindă asupra tuturor factorilor cari pot avea un efect în spre bine asupra funcţionării spitalului. Considerăm ca sfera ei de activitate să cuprindă aproximativ următoarele atribuţiuni:

1. Intocmirea bugetului spitalului care se aprobă de către Minister.

2. Supraveghează, dacă bugetul se execută conform dispoziţiilor Ministerului şi hotărîrilor luate de Eforie.

3. Aprobă cheltuelite până la limita celor ce se aprobă de organele superioare.

4. Propune modificarea bugetului.

5. Stabileşte cota de hrană din taxele de îngrijire.

6. Stabileşte taxe suplimentare peste taxele de îngrijire cu destinaţie specială, de ex. construcţii noui, amenajări, înzestrare cu aparate noui, etc.

Aceste taxe suplimentare nu vor putea trece peste 10% a taxelor de îngrijire.

Eforia ţine şedinţe obligatorii cel puţin odată la lună, ocupându-se cu această ocazie până în mici detalii de funcţionarea spitalului, cheltuelile avute, lipsurile constatate.

Evident, veniturile proprii ale spitalului realizate prin încasarea taxelor de îngrijire nu va putea acoperi nevoile spitalului în toate compartimentele lui. Va fi deci necesar, ca Ministerul Sănătăţii să contribue la întreţinerea acestor spitale cu următoarele:

1. Plata salariilor întregului personal medical, sanitar auxiliar, administrativ, tehnic şi de serviciu.

2. Plata cotei de hrană a personalului cu drept la hrană.

3. Plata taxei de îngrijire pentru 30% a paturilor de clasa III-a ocupate.

4. Aprovizionarea cu medicamente.

5. Aprovizionarea cu instrumente şi efecte.

Avantagiile autonomiei bugetare a spitalelor sunt fără îndoială foarte mari. Astfel spitalul va putea face faţă cheltuelilor cu mai multă promptitudine, asigurând aprovizionarea în condiţiuni optime. Echilibrarea cheltuelilor este mai uşor realizabilă, având un buget cunoscut înainte, şi se pot realiza în anumite condiţii, economii mari. Incasarea taxelor de îngrijire se va putea face mai conştiincios şi mai energic ca în trecut şi în sfârşit prin aceasta economie bugetară se va obţine şi o descongestionare a lucrărilor de contabilitate ale Ministerului.

Este evident că, numai spitalele cu un număr mai mare de paturi s'ar putea bucura de avantagiile, cari le oferă autonomia bugetară. Fără a fixa în mod categoric limita acestei condiţiuni, credem că, numărul de 200 paturi, este minimă care ar permite aplicarea principiului autonomiei bugetare. In afară de aceasta condiţie, sigur vor trebui luate în considerare şi alte împrejurări, cari se referă la condiţiile economice şi chiar culturale ale regiunei, cari decid în favorul sau defavorul acordării autonomiei. Pentru început ca titlu de încercare ar fi necesar să se experimenteze principiul autonomiei bugetare la un număr restrâns de spitale şi mai ales la acele cari şi până în prezent au avut o cotă relativ ridicată în ceeace priveşte veniturile proprii.

Societăţi medicale

O şedinţă academică a Societăţii de Endocrinologie, Ginecologie şi Obstetrică

In ziua de 12 Decemvrie 1940, s'a ţinut în amfiteatrul Clinicei Gynecologice şi Obstetricale din Sibiu, Str. Haller Nr. 1, şedinţa inaugurală a Societăţii de Endocrinologie, Gynecologie şi Obstetrică de sub preşedinţia D-lui Prof. Dr. Cristea Grigoriu.

In cadrele acestei şedinţe, care a fost prima şedinţă a unei Societăţi româneşti ştiinţifice, dela instalarea Universităţii Clujene în Cetatea Sibiului, pe lângă un program ştiinţific bine ales, s'a făcut, la propunerea D-lui Prof. Dr. Cristea Grigoriu, directorul Clinicei Gynecologice şi Obstetricale din Sibiu şi preşedintele sus zisei Societăţi, omagierea binemeritată a D-lui Dr. Fritz Süssmann, fostul director al Institutului Obstetric din Sibiu.

In faţa unui public numeros şi select, compus din medici şi studenţi, printre care notăm pe: D-l Prof. Dr. Procopovici prorectorul Universităţii, D-l Inspector Sanitar reprezentat prin D-l Subinspector Pop, D-l Prof. Dr. Sturza preşedintele Societăţii Ştiinţelor Medicale, Prof. Dr. Minea, Prof. Dr. Mihail, Prof. Dr. Titu Vasiliu, Agregat Dr. Gavrilă, D-l Colonel-Medic Ursu, Conferenţiar Dr. Traian Popoviciu, Conferenţiar Dr. Ioan Voicu, Dr. Süssmann, etc., şedinţa este deschisă de D-l Preşedinte Prof. Dr. Grigoriu, care între altele spune următoarele: „In urma hotărârii vitrege, Universitatea Clujană a fost nevoită să-şi ia drumul pribegiei, stabilindu-se în noua sa aşezare la Sibiu. Datorită factorilor conducători şi a muncii depuse din partea corpului profesoral şi a colaboratorilor, Universitatea Clujană în primele zile ale lunei Noemvrie, şi-a început activitatea".

După 20 de ani de activitate în capitala Daciei Superioare, Universitatea Clujeană în urma vitregiei soartei a fost nevoită în mod vremelnic să-şi ia drumul pribegiei pentru a se instala în noua sa cetate culturală Sibiul.

Cu toată lovitura primită urmând vechea sa tradiţie ca for de înaltă cultură pe aceste meleaguri, Universitatea Clujeană prin o comună sforţare atât din partea conducătorilor, cât şi a corpului profesoral şi a studenţimii fără a pierde prea multă vreme şi-a reluat munca pe ogorul ştiinţei în noua sa aşezare.

Ce a produs şi ce a făcut tânăra Facultate Clujeană în decursul celor 22 de ani expiraţi este în deobşte cunoscut, şi credem că o afirmăm cu conştiinţa împăcată că profesorii şi colaboratorii lor şi-au îndeplinit datoria cu prisosinţă spre marea lor cinste; şi-au îndeplinit-o pe teren clinic, şi-au îndeplinit-o pe teren didactic, şi-au îndeplinit-o pe teren ştiinţific.

Datorită acestei activităţi apreciabile care a fost dată publicităţii în diferite reviste străine şi române

şi în parte comunicate în diferite societăţi ştiinţifice, faima culturii româneşti a trecut de mult hotarele Ţării.

Convins că valoarea unui lucrător intelectual nu poate fi mai bine apreciată decât după valoarea şi puterea de creaţiune ştiinţifică a respectivului am fost ca mulţi alţii propovăduitor tuturor colaboratorilor: că numai ştiinţa adevărată ridică şi înnobilează şi numai prin ea putem căpăta satisfacţiuni nebănuite.

Domnilor, astăzi când omenirea încleştată îşi dispută drepturile pe calea brutală a armelor şi când distrugerea este lozinca timpului s'ar pune întrebarea la ce oare bun să mai facem ştiinţă şi să pierdem vremea în căutarea adevărului, credem însă şi nu mă îndoiesc că suntem cu toţii de acord că astăzi mai mult ca oricând capul luminat şi adevăratul cercetător trebue să i se redea locul nu pentru a întinde mai departe vâltoarea focului distrugător ci pentru ca izvoarele ştiinţei adevărate, care nu cunoaşte hotare să-şi poată întinde puterea ei ocrotitoare de înfrăţire şi pacificare a popoarelor, şi poate prin arma universală a ştiinţei se va aduce mai multă înţelegere între oameni.

Sub povara unei stări sufleteşti a pribegiei uşor de înţeles dar cu credinţa fermă că sfârşitul acestui drum de pribegie se va opri mai curând decât îl credem tot în Clujul românesc de totdeauna; în calitatea mea de preşedinte al Societăţii de Endocrinologie, Obstetrică şi Gynecologie îmi permit să deschid prima ei şedinţă a anului şcolar 1940—41 şi să aduc cu această ocaziune mulţumirile mele tuturor prietenilor şi colaboratorilor, profesori, medici şi studenţi care au înţeles în trecut să dea tot binevoitorul lor concurs; şi să fac apelul ca şi de astăzi înainte convinşi de aportul pe care activitatea noastră ştiinţifică l-a adus în trecut îl va aduce şi în viitor contribuind prin o sforţare comună la ridicarea ştiinţei medicale româneşti în general şi a specialităţii noastre în particular.

Domnilor colegi, Clinica Ginecologică şi Obstetricală a fost favorizată faţă de alte Clinici, de împrejurări mai prielnice, putând fără prea multă întârziere cu mici adaptări să se instaleze în localul fostului Institut Obstetric din Sibiu.

Astăzi Clinica Ginecologică şi Obstetricală a Universităţii „Regele Ferdinand I" se găseşte în plină activitate, îndeplinindu-şi chemarea ei şi mai mult încă din lipsă de alte localuri de clinică şi instituţii cea mai mare parte a colegilor dela Facultate îşi fac cursurile în localul acestei Clinici.

Dacă această instalare a Clinicii a fost posibilă în aşa scurtă vreme se datoreşte în primul rând forurilor noastre conducătoare, care dela început au înţeles să dea concursul şi să satisfacă interesele superioare ale Universităţii Clujene; pentru această înaltă înţelegere îmi permit cu această ocaziune să le exprimăm recunoştinţa noastră.

In al doilea rând, ne-au dat tot concursul binevoitor colegii care au fost înainte la conducerea acestei instituţii. In primul rând ţin să menţionez pe Domnul medic primar Dr. Süssmann, fost Director al Institutului şi în al doilea rând domnului coleg Dr. Tănăsescu, cărora din acest loc le exprim toate mulţumirile mele pentru larga înţelegere de a ne fi pus la dispoziţie cu o oră mai înainte acest Institut pentru a servi marilor interese ale învăţământului universitar; convinşi fiind că prin binevoitoarea lor atitudine, ne-au dat un concurs real la înjghebarea Facultăţii de Medicină.

Domnule coleg Süssmann, astăzi când, după o activitate pe cât de rodnică pe atât de îndelungată te desparţi de acest institut, care prin muncă fără preget l-ai făcut şi l-ai desvoltat, noi care rămânem urmaşi legitimi, la conducerea acestei Clinici ne simţim mândri de a vă putea continua activitatea, avem în acelaşi timp obligaţiunea morală ca în numele acestei instituţii, şi a activităţii D-voastră trecute să vă aducem admiraţiunea pentru toate frumoasele înfăptuiri, realizate spre binele şi alinarea suferinzilor.

Domnule coleg, prin creiarea şi conducerea acestui Institut, în decursul anilor expiraţi, v'aţi legat adânc numele D-voastră, de vieaţa şi existenţa lui, aceasta cred o mărturiseşte mai mult ca orice şirul întreg de bolnavi operaţi şi trataţi care astăzi prin mine vă mărturiseşte recunoştinţa şi dragostea lor.

Domnule coleg Süssmann, astăzi când legile Ţării după o binemeritată activitate îţi dă dreptul la odihnă prin pensionarea D-tale, noi toţi colegii care te apreciem rugăm să ne rămâi şi pe mai departe preţios colaborator, iar pentru ca numele D-tale să rămână de-a-lungul anilor, legat de această creaţiune care-ţi face cinste, şi ţi-a fost atât de dragă, am crezut de bine ca sala de operaţiune a acestui Institut unde ai activat, cu atâta brio, de astăzi înainte să se numească Sala de Operaţie Dr. Fritz Süssmann.

Domnule coleg, salutându-te astăzi în mijlocul nostru în plină vigoare şi sănătate îţi urăm încă mulţi ani, pentru ca împreună să putem duce lupta biruitoare, contra boalei şi a morţii.

Din partea Ministerului Sănătăţii, vorbeşte D-l Subinspector Dr. Pop, aducând elogii şi mulţumiri D-lui Dr. Süssmann pentru activitatea depusă.

D-l Dr. C. Banu, vorbeşte din partea foştilor colaboratori ai D-lui Dr. Süssmann, spunând următoarele:

Domnule Preşedinte, Domnilor Profesori,
Domnule Director,
Doamnelor şi Domnilor Colegi!

In calitate de Medic Secundar al Serviciului Ginecologic a Institutului Obstetric Sibiu, ucenic şi colaborator al Domnului Director Dr. Süssmann, îmi

revine mie sarcina şi onoarea de a aduce în aceste momente, omagiul colaboratorilor şi a foştilor elevi al Domniei Sale şi a exprima sentimentele noastre de gratitudine pentru atitudinea plină de bunăvoinţă şi solicitudine pe care a înţeles să o arate faţă de noi, atât ca şef în multiplele situaţii ale serviciului, cât şi în raporturile vieţii particulare.

In cele două aspecte ale vieţii, nota care a caracterizat raporturile între Domnia Sa şi colaboratori, a fost aceea a omeniei şi a consideraţiei după munca depusă şi valoarea personală, în afară de orice consideraţie de ordin subiectiv, sau arbitrar. Un spirit de echitate, de încredere şi binevoitoare grije pentru fiecare colaborator, a fost trăsătura ce a caracterizat legătura între Domnia Sa şi colaboratori.

In baza acestui spirit Domnia Sa a înţeles menirea ce o avea de a forma pe toţi medicii secundari cu cari colabora şi pe toţi cei cari veneau să se instruiască în serviciul condus de Domnia Sa.

Aşa s'a creat o tradiţie că, la acest Institut se poate învăţa şi se poate profita din punct de vedere al instrucţiunii medicale, fapt care a făcut ca un mare număr de medici tineri să lucreze şi să se instruiască în decursul anilor aici, şi în felul acesta să fie în parte justificată numirea de Clinică de Femei, aşa cum se mai spune în mod curent Institutului.

Personalitatea ştiinţifică a D-lui Director Dr. Süssmann este cunoscută la noi în ţară prin lucrările ştiinţifice şi comunicările făcute la Congresele de specialitate. Faima Domniei Sale a trecut graniţele ţării şi în Germania este apreciat în aşa fel, încât în anul 1935 a fost coaptat membru la conducerea Societăţii Germane de Ginecologie, iar la unul din congresele acestei societăţi a fost ales Preşedinte de onoare.

Ca chirurg Domnia Sa este elev al Profesorului Taufer şi Bumm, a lucrat în serviciul chirurgical ai Profesorului Wertheim şi a fost colaborator mult apreciat al marelui chirurg ardelean Dr. Otto.

Activitatea chirurgicală a Domniei Sale este cu adevărat prodigioasă. Cele 10.000 de laparatomii efectuate numai la acest Institut în afară de un număr poate egal în alte servicii spitaliceşti, reprezintă o muncă uriaşe în serviciul sănătăţii.

Opera chirurgicală a Domniei Sale este încununată de marea activitate în domeniul cancerului uterin, unde curajul şi abilitatea Domniei Sale de chirurg înăscut a reuşit să lărgească mult indicaţiile de intervenţii. Operator de mare clasă, Domnia Sa a cultivat şi realizat rapiditatea executării actului operator prin preciziunea manoperilor şi al mişcărilor în cursul operaţiei şi prin simplificare la justa măsură a metodei de intervenţie, obţinând rezultate care au asigurat în ţară şi în străinătate, atât Domniei Sale, cât şi Instituţiei renumele bine meritat.

Ca Director şi Profesor al Şcoalei de moaşe din anul 1912 până în anii din urmă, a pregătit cu simţ practic un număr mare de moaşe care au găsit utilizare în diferite instituţii spitaliceşti, iar la ţară au adus lumina asistenţei ştiinţifice în bezna empirizmului.

Spirit organizator, din îndemnul Domniei Sale şi încrederea factoriilor de conducere, a luat fiinţă acest Institut în anul 1912 şi a fost zidit prin grija şi directivele Domniei Sale.

Ca şef al instituţiei a vegheat permanent şi cu tenacitate de neînfrânt la renumele instituţiei şi a reuşit să-l facă cunoscut în toată ţara prin bunele îngrijiri care se dă bolnavei şi bunele rezultate operatorii. A gospodărit Instituţia cu o părintească grije, cu o corectitudine fără echivoc, iar spiritul Domniei Sale de economie a împiedecat orice risipă din avutul statului.

Prin toate aceste aspecte ale personalităţii Domniei Sale, *D-l Director Dr. Süssmann s'a încadrat în rândul oamenilor cari fac operă în viaţa statului.*

Domnule Director,

Din grija Domnului Profesor Cristea Grigoriu sala de operaţii în care activitatea Domniei-Voastre de chirurg s'a desfăşurat timp de 28 ani cu elan adevărat tineresc, cu dragoste şi tenacitate în care s'a dus o bătălie uriaşe între arta chirurgiei şi boală, va purta numele Domniei-Voastre de învingător. Aceasta este o distincţiune pe care o meritaţi cu prisosinţă şi în acelaşi timp atenţiunea care vi se arată, onorează pe cel care s'a gândit să consacre, în acest fel munca încadrată de cinste ca singura cale spre înălţarea personalităţii unui om.

In şedinţa de astăzi aveţi mulţumirea de a vedea persoana Domniei-Voastre ridicându-se în lumina de onoare a unei munci de 30 ani în serviciul patriei şi în acelaşi timp de a vedea asigurat un destin bun reputaţiei Instituţiei condusă de Domnia-Voastră prin preluarea conducerei de către D-l Profesor Cristea Grigoriu în cadrul celei mai înalte organizaţii spitaliceşti, Clinicile Universitare.

D-l Dr. Süssmann răspunde aducând în primul rând mulţumiri D-lui Prof. Dr. Grigoriu, pentru omagierea D-sale. Se desparte greu de Institutul care i-a fost atât de drag şi l-a servit în decursul anilor; are, însă, satisfacţia că acest Institut transformat astăzi în Clinică va fi condus de persoana D-lui Prof. Dr. Grigoriu, ale cărui merite şi reputaţie de chirurg sunt bine cunoscute. Urează la toţi spor la muncă.

In partea a doua a programului D-l Prof. Dr. Grigoriu, Prof. Dr. Ţeposu şi Conf. Dr. T. Popovici, prezintă un caz operat în Clinica D-sale. O bolnavă cu o tumoare suprarenală, la care diagnosticul a fost pus numai după simpla cistoscopie.

D-l Conf. Dr. Popovici, aduce drept completare alte 2 cazuri, tumori operate în Clinică, care la examenul ginecologic fuseseră luate drept tumori genitale.

D-l Prof. Alex. Pop, prezintă o bolnavă operată de D-sa în Clinica Ginecologică cu binevoitoarea îngăduire a D-lui Prof. Dr. Grigoriu, bolnavă la care D-sa a făcut, pentru asistolie tiroidiană, prima operaţiune, ligatura arterelor tiroidiene, iar partea a doua a operaţiei, după o lună şi ceva, tireoidectomie totală.

Bolnava operată a suportat ambele intervenţiuni destul de bine, deşi la prima intervenţie starea bolnavei era destul de precară, prezentând fenomene accentuate de tireotoxicoză (aritmie, oedeme, ascită şi tahicardie). Bolnava astăzi în a 8-a zi dela operaţie se găseşte foarte mult ameliorată, atât ca stare generală, cât în special starea cordului. D-sa prezintă mai departe tireotoxicoza în diferitele aspecte insistând mai mult asupra terapiei chirurgicale. D-l Prof. Dr. Grigoriu, relevă importanţa cazului şi a terapiei chirurgicale efectuată de D-l Prof. Dr. Pop; aminteşte asupra corelaţiei ce există între organele genitale şi glanda tiroidă şi crede că, cum de altfel se întâmplă des la epocile, când organele genitale sunt în hipofuncţiune, probabil prin via hipofiză se produce o reacţiune de excitare din partea hormonului tireotrop.

D-l Prof. Dr. Vasiliu prezintă cu D-l Conf. Dr. Tr. Popoviciu piesa dela o bolnavă care din punct de vedere histologic este un deciduom. D-sa relevă importanţa cazului din punct de vedere Clinic şi atrage atenţia, din punct de vedere al comportării în viitor asupra posibilităţii de malignizare a deciduomului; în continuare D-sa crede că dat fiind împrejurările de astăzi ar fi bine ca toate societăţile ştiinţifice medicale să fuzioneze într'una singură aşa fiind posibil ca atât numărul ascultătorilor cât şi al comunicatorilor să fie mai numeros, lucru care în cadrul separaţiunii cum este azi nu este posibil.

D-l Prof. Dr. Sturza în calitate de preşedinte al Societăţii Ştiinţelor Medicale aduce salutul ei Societăţii de Endocrinologie, Ginecologie şi Obstetrică şi se asociază în totul la cuvintele omagiale adresate din partea D-lui Prof. Dr. Cristea Grigoriu, D-lui Dr. Fritz Süssmann. Propune şi D-sa ca în situaţia de astăzi să existe o singură Societate, rămânând ca forma să fie dată în şedinţa viitoare.

D-l Prof. Dr. Grigoriu, preşedintele Săcietăţii, crede că ora fiind înaintată restul programului să fie amânat pentru şedinţa viitoare.

Mulţumeşte tuturor de prezenţă şi în special D-lui Prorector care ne-a promis tot concursul D-sale binevoitor.

Este de acord cu D-l Prof. Dr. Vasiliu, ca în situaţia transitorie de astăzi să fie o singură Societate Ştiinţifică al cărei nume şi alcătuire rămâne să se hotărască ulterior. Fiind în preajma sărbătorilor D-l Preşedinte Prof. Dr. Grigoriu, urează tuturor „Sărbători fericite şi La mulţi ani".

*

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE DIN CLUJ

Şedinţa din 10 Februarie 1940.

Dr. Degan şi *Dr. Ioanoviciu:* **Asupra unui caz de limfogranulomatoză.**

Conf. Gavrilă şi *Dr. Braicu:* **Câteva consideraţiuni clinice asupra unei mici epidemii de tifus exantematic.**

Prof. Michail şi *Dr. Rusu:* **Tulburări vasculare grave neuro-retiniene consecutive castrării la femee.**

Prof. Kernbach, Dr. Dahnovici şi *Dr. Hurghişiu:* **Bacteriologia rănilor împuşcate în legătură cu două cazuri.**

Conf. Vancea: **Incercări de cultură a virusului trachomului pe membrana corioalantoidă a oului de găină.**

Şedinţa din 24 Februarie 1940.

Dr. Stoicoiu şi *Dr. Perţia:* **Activitatea operatorie a Clinicei Chirurgicale din Cluj în anul 1939.**

Dr. Bodea şi *Dr. Arghir:* **Ozena tratată prin operaţia tip Lautenschläger.**

Dr. Gârbea şi *Dr. Lakatos:* **Sciatică rebelă la orice tratament madicamentos şi fizioterapic, vindecată prin amigdalectomie.**

Dr. Modran: **Dermatoconioză după explozie cu dinamită.**

Dr. Secărea şi *Dr. Viciu:* **Un caz cu sindrom Raynaud.**

Prof. Pop şi *Dr. Gheorghiu:* **Un caz de pancreatită emoragică traumatică.**

Conf. Vancea: **Miopie spasmodică trecătoare provocată de un medicament sulfamidat.**

Şedinţa din 9 Martie 1940.

Consacrată RETICULINEI M.

Prezidează: Profesor Dr. M. STURZA, preşedinte.

Prof. Dr. I. Moldovan, Dr. O. Comşia şi *Dr. N. Maier:* **RETICULINA, mecanism de acţiune şi indicaţiuni terapeutice.**

Dr. Radu, Dr. Leza şi *Dr. Milota:* **Reticulina în stările allergice ale copilăriei.**

Dr. Leonida Pop: **Reticulina în tratamentul bolilor cutanate.**

D-l Profesor Sturza mulţumeşte d-lui Profesor Moldovan pentru cinstea făcută Facultăţii de Medicină şi Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj, prezentându-se primadată aici admirabilul rezultat al unei munci aşa de îndelungate şi fructuoase.

Comunicările au fost publicate in numărul festiv al Clujului Medical consacrat RETICULINEI M.

Şedinţa din 23 Martie 1940.

Consacrată RETICULINEI M.

Prezidează: Profesor Dr. M. STURZA, preşedinte.

Doc. Voicu: **Reticulina în Ginecologie.**

Conf. Gavrilă: **Reticulina în boala serului.**

Prof. Buzoianu şi *Dr. Gârbea:* **Comentarii relative la utilizarea Reticulinei în afecţiunile oto-rino-laringo-logice.**

Prof. Pop şi *Dr. Papai:* **Reticulina în tratamentul endarteritei obliterante.**

Prof. Goia: **Consideraţiuni asupra efectului reticulinei în astmul bronşial, urticarie şi migrenă.**

Prof. Minea; **Câteva rezultate terapeutice obținute cu Reticulina Profesorului Moldovan.**

Conf. Stanca: **Tratamentul cu Reticulină în Spitalul de Femei.**

La discuțiuni iau cuvântul: Prof. Hațieganu și Prof. Sturza.

Comunicările au fost publicate în numărul festiv al Clujului Medical consacrat RETICULINEI M.

Ședința din 6 Aprilie 1940.

Prezidează: Profesor Dr. M. STURZA, președinte.

Prof. Aleman și *Conf. Vancea:* **Irido, ciclită datorită pioreei alveolare, vindecată prin operația Neumann-Widmann.**

Prof. Hațieganu, Dr. Graur și *Dr. Secărea:* **Infestațiune în massă cu trichină.**

Prof. Manta: **Sulfamidele în terapie** (Conferință)

Doc. Iancu: **Mortalitatea într'o colectivitate infantilă.**

Dr. Ionescu: **Un nou gen de suturi chirurgicale: suturi în manșetă.**

Dr. Ionescu, Dr. Bob, Drd. Ionescu: **Un caz de maladie a lui Reynaud survenit după o operație chirurgicală.**

Ședința din 20 Aprilie 1940.

Prezidează: Profesor Dr. M. STURZA, președinte.

Dr. Gârbea: **Amigdala lingual și tusea cronică rebelă.**

Conf. Gavrilă: **Un caz de meningită cerebrospinală epidemică, tratat cu ser și Dagenan.**

Prof. Pop, Dr. Adam și *Dr. Nana:* **Tumoră gigantă retroperitoneală.**

Prof. Țeposu, Dr. Bruda și *Dr. Popluca:* **Cancer al rinichiului stâng operat.**

Prof. Manta și *Dr. Lupea:* **Puterea tampon a apelor Sovata.**

Ședința din 11 Mai 1940.

Prezidează: Profesor Dr. M. STURZA, președinte.

Dr. Moga, Dr. Ciplea și *Dr. Zolog:* **nefrită cronică ipertensivă cu evoluție neobișnuită a manifestațiunilor oculare.**

Prof. Buzoianu, Dr. Gârbea, Dr. Târnăveanu și *Dr. Rusu:* **Osteom masiv fronto etmoido-maxilar.**

Prof. Benetato și *N. Munteanu:* **Contribuțiuni noi la studiul activității centrilor tensio-regulatori din hypotalamus.**

Prof. Minea: **Contribuțiune la ameliorarea pronosticului „paraliziei spinale sifilitice".**

Conf. Dr. Ion Gavrilă și *Dr. G. Braicu:* **O complicație rară într'un caz de parotidită epidemică: paralizie facială.** Mai întâiu iată observația:

Eleva L. F. de 18 ani intră la 20 Martie 1940 în Spitalul epidemic din Cluj. In antecedentele personale prezintă următoarele: tuse convulsivă la 2 ani, rugeolă la 7 ani, difterie la 15 ani. Mestruată la 13 ani.

Boala actuală a început înainte cu 3 zile, cu ușoară indispoziție generală, ușoară temperatură, apoi s'au atașat ușoare dureri în regiunile parotidiene, mai ales la mișcarea maxilarului inferior. După o zi au început a se tumefia ambele regiuni parotidiene.

La intrare în serviciu prezintă temperatură 38,2°, starea generală bună, ambele regiuni parotidiene sunt tumefiate destul de intens, tumefacțiile sunt foarte puțin dureroase spontan, ele sunt net dureroase la palpare, dealtfel la palpare dă o senzație elastică Cavitatea buco-faringeană este puțin congestionată, mai ales în jurul canalului lui Stenon, de ambele părți.

In rezumat este tabloul tipic al unei parotidite epidemice la o fată de 18 ani.

In a 7-a zi de boală, când tumefacția parotidiană era încă completă, apar fenomene de paralizie facială de partea dreaptă. Se constată că muschii obrazului de partea dreaptă devin flasci, fața este deformată din această cauză, este trasă în spre stânga, buzele nu pot închide complet gura, bolnava nu poate închide bine nici pleoapele ochiului drept, pleoapa inferioară atârnă puțin, ochiul rămânând permanent puțin întredeschis.

Deci este vorba de o paralizie facială totală de tip periferic survenită drept complicație în cursul unei parotidite epidemice.

Paralizia facială își ajunge maximum de intensitate în curs de 5 zile dela începutul ei, apoi a început a regresa foarte încet, astfel că la părăsirea serviciului, după 15 zile, era considerabil regresată, de altfel apoi acasă fenomenele de paralizie facială au dispărut cu încetul complet. Ca tratament s'au aplicat injecțiuni cu vitamină B.

Complicațiile nervoase în cursul parotiditei epidemice sunt destul de obișnuite, însă acelea din partea meningelor, meningitele ourliene sunt destul de dese.

Nevritele ourliene, cari să ducă la paralizia nervilor interesați în schimb sunt foarte rari. Astfel paraliziile faciale sunt excepțional întâlnite în această boală, de aceea s'a reletat observația de mai sus. Prognosticul acestor paralizii este deobiceiu bun, ele vindecându-se complet aproape totdeauna, așa cum s'a vindecat și în cazul de față. O mențione specială merită rezultatul bun obținut cu vitamina B. în acest caz.

(Comunicare făcută în ședința din 11 Mai 1940)

Ședința din 25 Mai 1940.

Prezidează: Profesor Dr. M. STURZA, președinte.

Dr. Popa și *Dr. Gârbea:* **Cazuri de incontinență urinară la copii vindecate prin amigdalo-adenectomie.**

Dr. Prăgoiu și *Dr. Ilian:* **Diverticol duodenal ulceros.**

Prof. Buzoianu, Dr. Gârbea, Dr. Popovici și *Dr. Posticescu:* **Meningită septică labirintică după corp strein auricular (cu prezentare de bolnav).**

Prof. Buzoianu, Dr. Gârbea, Dr. Târnăveanu: **Hidropizie cerebeloasă de origine otică cu afazie și turburări motorii accentuate (cu prezentare de bolnav).**

Prof. Sturza: **Nămolurile României** (Conferință).

Dr. Vlad Ștefan: **Fenomenul butoiului plin în retențiile vezicale.**

Conf. Dr. I. Gavrilă: **Un caz de febră aftoasă la om.**

In ziua de 1 Mai 1940 sunt chemat de un coleg spre a vedea un bolnav în oraș, care prezintă o stare febrilă și o erupție cutanată și mucoasă deosebită.

Este vorba de un bărbat de 29 de ani, care prezintă următoarele antecedente: In antecedentele eredo-colaterale și personale nu prezintă nimic deosebit.

In ce privește boala actuală ea are următorul istoric: Bolnavul a plecat pentru vacanța de Paști, în 21 Aprilie 1940 la țară, într'o comună lângă Mociu, unde erau foarte multe vite bolnave de febră aftoasă, unele din vite erau bolnave chiar atunci, altele fusese înainte. Laptele dela aceste vite bolnave sau convalescente se consuma din partea tuturora, după afirmații totdeauna fiert, totuși se consumau și derivatele laptelui: unt, smântână, iaurt, frișcă, unde laptele nu este fiert.

După 5 zile de stat la țară se îmbolnăvește. Boala începe insidios cu oboseală, temperatură variabilă, 37,5—38,5°, dureri vagi în întreg corpul.

După 2 zile de aceste simptome vagi bolnavul constată că apare o erupție pe mucoasele buco-faringeene și apoi pe sistemul cutanat, este silit să stea la pat întru cât temperatura devenise

ceva mai mare, 38—39,5°, totuşi starea generală s'a menţinut bună. Ceea ce s'a ataşat apoi şi ceea ce îl supăra foarte mult, era o disfagie pronunţată şi progresivă la orice, şi la lichide, dar mai ales la alimentele mai compacte. Nu era deloc capabil de a mastica din cauza durerilor, ce se produceau cu această ocazie.

Mai rămâne în această stare la ţară încă două zile, în care timp aceste fenomene persistă în aceaşi măsură, apoi se reîntoarce la Cluj şi la 1 Mai îl examinăm, când constatăm următoarele:

Pe suprafaţa cutanată şi buco-faringeană există o erupţie destul de pronunţată.

Pe mucoasa buco-faringeană se constată numeroase mici ulceraţiuni, acoperite cu o secreţie cenuşie, numeroase afte. Aceste afte sunt prezente pe amigdale, pe vălul palatin, pe gingii, pe mucoasa buzelor, pe faţa internă a obrajilor, pe faţa inferioară a limbii, unele confluează, astfel că iau aspect policiclic. Intreagă mucoasa buco-faringeană, în special ceea gingivală este inflamată, din care cauză bolnavul prezintă o disfagie intensă şi o imposibilitate de a mastica. Limba este încărcată şi prezintă o glosită dureroasă.

Bolnavul prezintă şi o erupţie cutanată, destul de pruriginoasă, aproape generalizată, respectă numai faţa, este prezentă pe trunchiu şi mai numeroasă pe extremităţi: mâni şi picioare. Erupţia cutanată este polimorfă, constă din mici macule, papule, pe alocurea există şi mici vezicule.

Bolnavul mai prezintă dureri în extremităţi, în special la nivelul articulaţiilor, fără ca articulaţiile să fie tumefiate.

La examenul celorlalte organe se constată că splina este uşor mărită la percuţie, în restul organelor nu se găseşte nimic deosebit. Urina normală, scaun normal.

Starea generală a bolnavului este bună, temperatura 37,6° dimineaţa şi 39,4° seara. Acuzele principale ale bolnavului sunt: disfagia foarte pronunţată, imposibilitate de a mastica din cauza durerilor, uşoare artralgii şi temperatură.

In faţa acestui tablou clinic: numeroase afte pe mucoasa baco-faringeană, erupţie cutanată constând din macule, papule, vezicule, dureri uşoare articulare, temperatură, stare generală bună şi în faţa antecedentelor bolnavului, că a consumat lapte şi derivatele laptelui, provenite dela vite cu febră aftoasă, am stabilit diagnosticul de *febră aftoasă*.

Examinările de laborator făcute la bolnav nu ne-au arătat ceva deosebit.

Examenul secreţiei buco-faringeene a pus în evidenţă o floră microbiană variată, constând din: streptococi hemolitici, pneumococi, micrococi catarali. Reacţia Widal şi hemocultura negative (Inst. de Igienă).

Leucocitele în sânge sunt 7000, formula leucocitară: polinucleare neutrofile 61%, cosinofile 1%, limfocite 32%, monocite 6%

Tratamentul aplicat a fost următorul: *local* gargarisme cu colubiazol. *General:* tablete de dagenan pe cale bucală, în primele 2 zile 8 pe zi, următoarele 2 zile 6 pe zi, următoarele 2 zile 4 pe zi, următoarele 2 zile 3 pe zi, în total 10 gr. de dagenan.

Evoluţia bolii a fost următoarea: în primele 2 zile au mai apărut noi elemente eruptive atât pe mucoasa buco-faringeană, cât şi pe suprafaţa cutanată. Disfagia s'a menţinut în acest timp foarte pronunţată. A persistat temperatura, variind între 37, 5-39°, s'au menţinut uşoare dureri articulare, însă starea generală a rămas în continuu bună.

In următoarele zile starea bolnavului s'a ameliorat repede şi progresiv, în 2 zile a devenit afebril, n'au mai apărut alte elemente eruptive, cele existente s'au vindecat complet în 6 zile, în acelaşi timp au dispărut toate fenomenele dureroase, inclusiv disfagia. Astfel că în 6 zile dela începutul tratamentului, după 10 zile de boală, bolnavul este complet vindecat.

(Comunicare făcută în şedinţa din 25 Mai 1940)

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE DIN CLUJ—SIBIU

Şedinţa din 25 Ianuarie 1941 ţinută la Sibiu.

Prezidează Prof. Dr. M. STURZA.

Profesor Dr. M. Sturza: In cuvântul de deschidere arată în simţite cuvinte legăturile Societăţii noastre cu Clujul românesc şi rolul important de factor ştiinţific, cultural şi educativ pe care l-a jucat acolo timp de peste 20 de ani.

Dr. Moga, Secretar General: Dare de seamă asupra activităţii Societăţii în anul 1940.

Onorată Societate! Darea de seamă pe care Comitetul nostru o face astăzi cuprinde de fapt numai activitatea Societăţii din primele luni ale anului trecut. Mutarea Universităţii Clujene la Sibiu, faptul că cea mai mare parte din Instituţiile Facultăţii de Medicină n'a ajuns încă în stare să funcţioneze, au paralizat până acum şi activitatea Societăţii noastre.

Iată de ce numărul şedinţelor pe care le-am ţinut anul trecut se reduce la 11, cu un număr total de 59 de conferinţe, comunicări sau prezentări de cazuri. Ţinem să reamintim cu această ocazie şedinţele din 9 şi 23 Martie 1940, consacrate în întregime „Reticulinei Prof. Moldovanu". Problema a fost desbătută din toate punctele de vedere, ca mecanism de acţiune, indicaţiuni şi rezultate terapeutice, de către conferenţiari competenţi şi anume de către D-nii: Prof. Moldovan, Al. Pop, Buzoianu, Goia, Minea, Conf. Gavrilă şi de către D-nii Doctori Radu-Arad, L. Pop, Voicu, Stanca, etc. Aceaşi chestiune fiind tratată într'un număr special al revistei CLUJUL MEDICAL, nu vom insista aici asupra subiectului diferitelor conferinţe. Reamintim doar atmosfera de entusiasm care a caracterizat acele şedinţe, precum şi manifestaţiunile de simpatie adresate D-lui Profesor Moldovan şi colaboratorilor D-Sale.

Au mai ţinut conferinţe de punere la punct D-nii:

Prof. Dr. G. Popoviciu: Despre acrodynia infantilă.

Prof. Dr. I. Manta: Sulfamidele în terapie.

Prof. Dr. M. Sturza: Nămolurile României.

Prof. Dr. I. Manta: Aspecte biochimice ale imunităţii.

Comunicările şi conferinţele se repartizează pe Clinici şi Institute în felul următor:

Clinica Otorinolaringologică 9 comunicări;

Clinica Medicală II, Chirurgicală, Infecţioase şi Oftalmologică, fiecare câte 5; Medicala I, 4; Urologia şi Biochimia câte 3; Infantila, Dermatologia, Neurologia, Fiziologia, Spitalul Mociu, câte 2; Ginecologia, Balneologia, Stomatologia, Igiena, Medicina Legală, Azilul de copii Cluj, Spitalul de Copii Arad, Spitalul de Femei Cluj, Dr. N. Zolog, Dr. S. Vlad, câte o comunicare.

Şedinţele au fost publicate în mod regulat în Clujul Medical. Din motive uşor de înţeles n'au putut fi publicate încă sub formă de volum.

Domnilor, încheiem prin aceasta nu numai un an, ci o întreagă perioadă de peste două decenii de activitate, desfăşurată de Societatea Ştiinţelor Medicale în Clujul românesc. Organ de legătură între diferitele ramuri ale ştiinţei medicale, mijloc de completarea cunoştinţelor pentru diferitele categorii de medici şi pentru studenţi, Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj a contribuit în acelaşi timp în mare măsură la ridicarea prestigiului ştiinţei medicale româneşti.

In împrejurările noi şi mai vitrege în care ne găsim, menirea Societăţii noastre rămâne aceeaşi, sarcina care revine noului Comitet va fi însă mult mai grea. Noi îi urăm spor la muncă, mulţumind în acelaşi timp tuturor membrilor Societăţii pentru concursul dat.

Dr. A. Nana, casier: Raportul casei.

Sold în casă din 1939, 4529 Lei. Incasări taxa de membru, 300 Lei. Total activ 4829 Lei. Cheltuieli 1890 Lei. Rest 2939 Lei. Sold pentru anul 1941.

* * *

Prin preşedintele său, D-l Profesor Dr. M. Sturza, Comitetul îşi depune mandatul, arătând totodată că pentru situaţia nou creată, la Sibiu, ar fi de preferat ca diferitele societăţi ştiinţifice de pe lângă Facultatea de Medicină, să activeze în colaborare mai strânsă cu Societatea noastră.

D-l Profesor Goia, propus pentru a fi ales preşedinte, neputând primi, D-l Profesor Haţieganu recomandă ca noul preşedinte să fie desemnat după prealabila înţelegere a D-lor profesori ai facultăţii în Consiliu.

Se hotăreşte ca lista noului Comitet să fie prezentată la şedinţa viitoare. Se propune ca în această listă să figureze şi medicii localnici care în fruntea instituţiilor medicale locale au desfăşurat o frumoasă activitate pe teren medical şi sanitar, de genul realizărilor dela Spitalul Militar şi Inspectoratul General Sanitar.

Prof. Dr. Gr. Benetato: **Contribuţiuni noi la studiul activităţii hypotalamusului.** (Apare în Ardealul Medical).

Prof. Dr. I. Manta: **Aspecte biochimice ale imunităţii.** (Conferinţă).

Dr. N. Zolog: **Megalocornee cu ipermetropie mare.**

Şedinţa din 1 Februarie 1941, orele 18—20.

Şedinţa e deschisă de D-l Preşedinte Prof. Sturza, care aduce la cunoştinţa membrilor, că în consiliul profesoral al Facultăţii a fost propus D-l Prof. Grigoriu ca preşedinte al societăţii, în noua ei conformaţie de grupare a tuturor societăţilor medicale ale facultăţii. Societatea primeşte propunerea.

D-l Prof. Grigoriu, primit cu aplauze, propune în cuvântarea-program ca în actualul comitet să figureze ca vicepreşedinte toţi preşedinţii foştilor societăţi, în plus reprezentanţii medicilor Sibieni. Societatea aprobă ca *vicepreşedinţi* pe D-nii Prof. Haţieganu, Sturza, Vasiliu, Papilian, Negru, Tătaru, Popovici, Buzoianu, D-l Inspector Gen. Sanitar, D-l Medic Col. Dr. Ursu, Conf. Dr. I. Gavrilă, D-l Dr. C. Manta şi D-l Weindel; *Secretari generali:* D-nii Dr. Moga şi Căprioara; *Secretari de şedinţă:* D-nii Coja, Ciplea, Spătaru; *Bibliotecar:* D-l Dr. Secărea; *Casier:* D-l Dr. Macavei

Intre punctele de program mai importante se aprobă schimbarea zilei şedinţelor în ziua de Vineri, cererea personalităţii juridice, redactarea unei singure reviste medicale la Sibiu, creiarea unei biblioteci, organizarea de cursuri de perfecţionare pentru medici, de excursiuni şi organizarea unei propagande sanitare.

D-l Decan Prof. Papilian este de părere, ca anumite probleme de extremă specialitate să fie expuse în reuniuni separate.

D-l Prof. Haţieganu e de aceeaşi părere.

Se intră în programul ştiinţific

1. *D-l Dr. Virgil Stanciu:* **Chist hidatic multiplu al ficatului şi chist pulmonar cu dextrocardie.**

Un băiat de 17 ani, cu antecedente scurte, care după explorarea clinică şi radiologică s'a constatat, că sufere de chiste hidatice multiple, localizate în ficat şi plămâni. Operaţia a confirmat diagnosticul. Insemnătatea cazului constă şi în dextrocardie, cât şi în infantilismul hidatic (aspect infantil în raport cu vârsta).

2. *D-l Prof. Dr. M. Sturza:* **Importanţa preventivă şi terapeutică a climei de iarnă.** (Conferinţă, partea I-a). Apare în original.

Şedinţa din 14 Februarie 1941.

Prezidează: D-l Dr. Prof. I HAŢIEGANU.

1. *Prof. Dr. I. Haţieganu:* **In memoria profesorului I. Minea.**

Profesorul Minea, elev al marei şcoli Bucureştene, prin contribuţia sa la opera naţională de combatere a mizeriei şi a suferinţei şi-a legat sufletul de existenţa neamului. Dacă n'ar fi descoperit, decât tratamentul antitriptic al sclerozei în plăci, şi ar fi fost destul pentru a fi vecinic pomenit Dar profesorul Minea a fost un mare anatom, un mare patolog şi biolog. Diagnostician excelent, era cercetat de toţi bolnavii din cuprinsul ţării. Om de o cultură generală vastă, n'a izolat ştiinţa de patrie şi această caracteristică a întregii Universităţi ardelene, era ilustrată de minune în persoana sa. Numele său rămâne adânc gravat în cartea neamului şi a neamurilor.

(In memoria Prof. Minea, asistenţa în picioare păstrează câteva momente de tăcere).

2. *Prof. Dr. V. Papilian:* **Cercetări experimentale asupra schimbării grupelor sangvine.**

Autorul pornind dela influenţa sistemului vegetativ asupra infecţiilor a ajuns la schimbarea grupelor sangvine prin substanţe simpatico-parasimpaticotonice. S'a putut modifica aglutinarea în 40% din cazuri „in vitro". Grupele sangvine A şi B sunt fixe. Cercetările arată că şi la om grupele se pot schimba.

Domnul Prof. Haţieganu recomandă cercetarea influenţei adrenalinei la animalele splenectomizate.

Domnul Dr. Hăngănuţ aminteşte, constatările D-Sale, în legătură cu reacţia Wassermann la indivizii, ce au primit în prealabil injecţii de ser animal.

3. *Prof. Dr. G. Buzoianu* şi *Dr. St. Gârbea:* **Fistulă orbito-palpebrală stângă cu abces extra-dural al lobului frontal stâng.**

Un bolnav cu o fistulă orbito-palpebrală stângă cronică complicată de un abces extra-dural e tratată chirurgical cu succes.

Conf. Dr. I. Gavrilă: **Date statistice asupra febrei tifoide la Cluj.**

Rezumat. Se relatează o statistică de febră tifoidă din Spitalul Epidemic din Cluj pe ultimii 6 ani (1935—1941). In acest timp au fost internaţi şi trataţi în acest serviciu un număr de 703 bolnavi cu febră tifoidă, dintre care au sucombat 83, deci o mortalitate medie de 11,8%. De altfel mortalitatea a variat în cursul diferiţilor ani între 9 şi 13,8%. După vârstă maximum de frecvenţă a cazurilor se constată între 16—30 de ani, cele mai multe cazuri mortale se constată tot la această vârstă. După sex se constată 56,1% la femei, faţă de 43,9% la bărbaţi, această predominare a bolii la sexul feminin se constată şi la vârsta dela 1—20 de ani, deci înaintea vaccinărilor din armată. După gravitate 40,98% evoluiază uşor, 32,57% mijlociu şi 26,45% evoluiază grav. Intre vârsta de 1—10 ani în cele mai multe cazuri boala evoluiază uşor sau mijlociu, totuşi există şi la această vârstă a copilăriei cazuri cu evoluţie gravă (16%), chiar şi cazuri mortale. După anotimpuri boala este mai frecventă în lunile August şi Septemvrie. Complicaţiile s'au întâlnit în următoarea proporţie: Hemoragiile intestinale în 8,67%, cu o variaţie în cursul anilor de 3,19—13,38%; perforaţiile intestinale în 1,7%, colecistitele 6,4%, icterele în 1,28%, flebitele în 6,36%, miocarditele în 40,6%, nefritele 8,1%, congestiile pulmonare în 4,97%, pneumoniile în 1,42%, pleureziile în 1,7%, amigdalitele ulceroase în 2,7%, meningismele în 0,86%, periostitele în 1,42%, parotiditele supurate în 1,42%, otitele în 1,99%, mastoiditele în 0,42%, surditate în 2,5%, decbitusuri în 7%, furunculoză în 6% a cazurilor, în 2 cazuri nomă. Recidivele s'au observat în 10,5% a cazurilor, cu o variaţie, după ani de 5,55%—13,84%. Toate complicaţiile se constată mai des în cazurile grave de boală, deşi ele se întâlnesc şi în cazurile uşoare. Recidivele se observă aproape în aceeaşi măsură în toate cazurile indiferent de gravitate.

Domnul Prof. Haţieganu crede, că ar fi interesant, să se facă statistica mortalităţii în apogeul toamnei, pentru a vedea geniul epidemic.

5. *Dr. Duma D.:* **Complicaţiuni nervoase postvaccino-antirabice, la sifiliticii latenţi.**

Autorul analizează, dintre complicaţiile ce survin în urma tratamentului antirabic, complicaţiile nervoase, cari pot fi de foarte multe feluri, afectând întreg sistemul nervos periferic şi central.

De oarece ele apar foarte rar (0,14%) se crede, că trebue incriminată starea sistemului nervos (stări de surmenaj, de meopragie). Expune două cazuri de vechi sifilitici, cari în urma tratamentului antirabic au făcut o reactivare a infecției sifilitice, răspunzătoare de complicațiile nervoase

D-l Prof. Hațieganu citează două cazuri personale, care sprijină această teză.

6. Se citește *procesul-verbal* al ședinței comitetului din 10 Februarie 1941, care e aprobat de pleniul societății.

7. *Prof. Dr. M. Sturza* **Importanța preventivă și terapeutică a climei de iarnă.** (Conferință, partea II-a). Apare în original.

Ședința din 21 Februarie 1941.

Prezidează D-l med. Lt-Col. Dr. L. URSU.

Inainte de ședință *D-l Med. Col Dr Resch,* Comandantul Serviciului sanitar al trupelor germane din Sibiu, prezintă și demonstrează un autocamion ingenios instalat pentru chirurgie de război.

1. *D-l Prof. Dr. Karenberg (Düsseldorf): a)* **Acrodermatită atrofică tip Herzheimer.**

Un soldat român din serviciul dermatologic al spitalului militar din Sibiu, suferă de o afecțiune cronică localizată la tegumentele membrului inferior stâng, care sunt atrofice încât vasele subjacente devin vizibile;

b) **Edem cronic al mâinii.** Tot un soldat român cu un edem vechiu, ce interesează dosul mâinii stângi și antebrațul până la cot;

c) **Gonoree acută, complicată cu irită și artrită.** Un oldat german care după o infecție gonococică netratată la timp, face câteva complicații clasice.

Comunicatorul discută atât diagnosticul acestor cazuri cât și tratamentul modern, ce se aplică la asemenea împrejurări.

Doamna Dr. Alma Popoviciu, întreabă conferențiarul, dacă întrebuințează vitaminele în tratamentul afecțiunilor dermatologice, la care D-l Prof. Karenberg răspunde afirmativ.

D-l Prof. Dr. C. Tătaru aduce omagii pentru magistrala expunere precum și câteva completări referitoare la cazurile expuse în legătură cu conduita școalei clujene.

2. *D-l Dr. Avrămoiu și Dr. Prăgoiu:* **Abces cerebral tific.** Un copil de 11 ani e internat în Clinica Chirurgicală din Cluj cu diagnosticul Clinicii Infantile de tumoră cerebrală. La intervenție se constată un abces cerebral, în puroiul căreia s'a pus în evidență bacilul tific, deși această boală n'a putut fi evidențiată în antecedente.

D-l Dr. Ardeleanu consideră cazul din punct de vedere epidemiologic ca o formă de febră tifoidă larvată.

3. *D-l Med. Lt.-Col. Dr. Ursu:* **Concepții noi în organizarea și funcționarea serviciului sanitar în campanie.** (Conferință).

Conferențiarul face un istoric al organizării serviciului sanitar în războiul trecut și noua sa schimbare în conformitate cu tehnica și tactica războiului modern.

Ședința din 28 Februarie 1941.

Prezidează: D-l Prof. Dr. GH. POPOVICIU.

1. *Conf. Dr. I. Gavrilă:* **Febra tifoidă și graviditatea.** Referindu-se la datele culese din propriile observațiuni precum și la cele publicate în literatura medicală, schițează raportul cu gravitatea bolii, perioada graviditătii, perioada de evoluție a febrei tifoide. Pronosticul fătului totdeauna e grav, în timp ce al mamei e destul de bun.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu arată, că între cauzele mortalității infantile și mai ales în cazul nașterilor premature și a morți natalității, sunt în cauză mai ales stări toxiinfecțioase.

2. *Dr. C. V. Antonescu:* **Un caz de polidactilie neobișnuită.** Un copil cu 8 degete la o mână și două radiusuri la antebrațul respectiv. Embriologic e vorba de doi gemeni, unul fiind strivit și încorporat de primul. Dublura a persistat în aceste anomalii.

Trece în revistă mecanismul și cauzele mai obișnuite ale acestor anomalii.

3. *Dr. I. Petrescu:* **Parabioza în ginecologie și endocrinologie.** Citează, în legătură cu problema parabiozei, pe Paul Bert, Heyde-Sauerbruck, Grigoriu. Animalele utilizate: șoarece, șobolani. Această Coelioanastomoză ca să reușească, se cer următoarele condiții: identitate de vârstă, rasă, etc. Separația pentru studii endocrinologice e posibilă numai după două săptămâni de cuplare. La femele indicile de stabilire a funcțiunei gonadei îl dă ciclul oestral, iar la masculi aspectul veziculelor seminale.

4. *Prof. Dr. Gh Popoviciu:* **Rolul sulfamidelor în terapia copiilor.** (Conferință).

Sulfamida descoperită în 1932 a fost subiectul, până în prezent, a peste o mie de lucrări. In terapeutica infantilă s'au întrebuințat atât sulfon-amidele cât și sulfamidopiridina. Acțiunea extraordinară, la copilul mic demonstrează, că e vorba de o mobilizare a tuturor forțelor de apărare ale organismului. Toxicitatea la copii e redusă: vărsături, diaree, mai rar erupții cutanate și anemie. Clinica Infantilă în Cluj a administrat concomitent cu aceste preparate și sânge (heterohemoterapie). Dozele la copil variază între 8—30 ctgr. pe kgr. greutate, împreună cu bicarbonat de sodiu pentru a evita vărsăturile. La început se administrează doze mari, apoi regresăm timp de 6—12 zile. Calea de administrare e peroralâ, intramusculară, intravenoasă, intrarachidiană. Aplicațiile sulfamidoterapiei în bolile copiilor. Erizipel, scarlatină, septicemiile streptococice, piodermiile, infecțiile penfigoide, piuriile, meningitele purulente. (Cea cerebrospinală se vindecă prin doze mari per os și parenteral de Dagenan, încât în 7—8 zile dela intrare, bolnavii părăsesc Clinica. Se poate da și ser concomitent, împreună cu insuflări de aer și heterohemoterapie). Tot așa se tratează Vulvovaginita-Blenoragică a copilelor, afecțiunile respiratorii, (pneumonii, bronchopneumonii, etc.).

Ședința din 7 Martie 1941.

Prezidează: D-l Prof. Dr. T. VASILIU.

1. *Dr. V. Stanciu:* **Forma pseudo-litiazică a cancerului pancreatic.** La un bolnav, ce prezenta un sindrom de colică hepatică, urmat de un sindrom de litiază coledociană, intervenția chirurgicală a constatat un cancer al capului pancreasului.

D-l Prof. Hațieganu remarcă raritatea cazului și importanța lui în studiul cancerului pancreatic, forma biliară. Aici durerea a fost produsă de infecțiune care a dus la diskinezie a canalelor biliare și a veziculei biliare, răspunzătoare de fenomenul durere.

2. *Dr. P Țârlea:* **Eriteme pelagroide la un alcoolic.** Un funcționar, vechiu alcoolic prezintă pe dosul mâinilor un eritem pigmentat, roșu-brun, tipic pentru pelagră, deși bolnavul nu consuma porumb. De oarece aici alcoolul producea o dispepsie ca și hipovitaminozele alimentației cu porumb, autorul a aplicat tratamentul cu acid clorhidric, pepsină și fier, redus prin hidrogen, cu succes.

3 *Dr. P. Țârlea și Dr. Mihalescu:* **Un caz de prurigo-limfadenic.** Coexistența tabloului clinic de leucemie (confirmat prin laborator) cu leziuni pruriginoase la un bolnav, face obiectul unui studiu asupra boalei descrisă prima dată de Prof. Dr. Nicolau dela București, sub numele de prurigo-limfadenic.

D-l Prof. Haţieganu, în legătură cu primul caz remarcă apariţia eritemelor pelagroide la indivizii subalimentaţi. Al doilea caz îl consideră ca primul de acest gen, pe care îl vede D-sa.

4. *Dr. Prăgoiu:* **Principii noi în chirurgia de război.** (Conferinţă). In războiul modern, care e un război de mişcare, transportul răniţilor este problema capitală a chirurgiei. Plăgile provocate de proectilele moderne necesită o conduită specială: primele 8 zile plaga curăţată şi eliberată de eschile e tratată deschis şi numai apoi e închisă. Gangrena gazoasă, cel mai mare flagel în chirurgia de război, trebue tratată viguros şi masiv cu ser antigangrenos, aşa cum a preconizat D-l Prof A. Pop. Specific războiului avem răniţii gazaţi, care trebuesc clasificaţi şi trataţi deosebit. In concluzie conferenţiarul consideră chirurgia de război ca o adaptare a chirurgiei de pace la condiţiile noi create de tehnica modernă a războiului actual.

Şedinţa din 14 Martie 1941.

Prezidează: D-l Prof. C. GRIGORIU.

1. *Conf. Dr. Ion Gavrilă:* **Hemoragiile intestinale în cursul febrei tifoide şi influenţa lor asupra evoluţiei bolii.**

Autorul prezintă o statistică de febră tifoidă, de ani 1935—1940 August din Spitalul Epidemic din Cluj. In acest timp au fost observaţi în acest serviciu 703 de cazuri cu febră tifoidă cu 83 morţi, deci 11,8% mortalitate.

Hemoragii intestinale au fost observate în 61 de cazuri, deci în 8,67%. Hemoragiile sunt mai frecvente între 16—30 de ani, când survin cele mai multe, 72%, la celelalte vârste survin mai rar, totuşi ele se pot întâlni la orice vârstă, chiar şi la copii între 3—10.

In raport cu perioadele febrei tifoide frecvenţa hemoragiilor se repartizează astfel: sunt mai dese în săptămâna a 3-a (37,7%), apoi urmează săptămâna 4-a (22,9%), săptămâna 2-a (19%), săptămâna 5-a (9,8%), la începutul convalescenţii (4,9%) săptămâna 6-a (3,2%, săptămâna 1-a (1,6%).

In raport cu gravitatea febrei tifoide în cazurile uşoare de febră tifoidă hemoragiile sunt foarte rari (1,04%), în cazurile mijlocii în 2,19%, în cazurile grave de boală în 28,49%,

Numărul hemoragiilor în 31 de cazuri a fost numai odată, în celelalte cazuri hemoragiile s'au repetat fie în aceeaşi zi, fie în zilele următoare de 2 ori (în 11 cazuri), de 3 ori (în 8 cazuri), de 4 ori (în 4 cazuri), de 5 ori (în 2 cazuri). Cantitatea cele mai deseori a fost de 200—4000 cm. c., însă câteodată a fost de 500—1000 cm. c.

In legătură cu aceste observaţiuni autorul discută în special influenţa hemoragiilor intestinale asupra evoluţiei febrei tifoide. In general hemoragia intestinală este considerată drept o complicaţie extrem de serioasă, fiindcă ea însăşi poate constitui cauză de moarte, dar mai ales prin faptul că ea adesea este urmată de perforaţie intestinală, cea mai gravă complicaţie din febra tifoidă. După *Liebermann* mortalitatea produsă prin hemoragie este de 27%, după *Griesinger* 31%, după *Homolle* 44%.

In statistica autorului din 61 de cazuri cu hemoragie sucombă 25, deci 40%. Insă numai în 7 din aceste cazuri, cari au sucombat, cauza imediată a morţii a fost hemoragia masivă produsă. In celalalte cazuri moartea s'a produs în urma gravităţii bolii fie cu ocazia hemoragiei, care dealtfel a fost în cantitate redusă, fie mai târziu, după hemoragie la 10—30 de zile. Totuşi *Trousseau* şi *Strumpell* nu vedeau prognosticul hemoragiei aşa de grav, ei adesea observau că după hemoragie se producea o scădere litică a temperaturii şi bolnavul intra în convalescenţă. In ultimul timp *L. Ambard, P. Barthelmee şi P. Mandel* reiau această problemă a influenţii hemoragiilor intestinale asupra evoluţiei febrei tifoide fiind de părere că aceste hemoragii ar putea influenţa în mod favorabil mersul bolii, chiar pun problema utilizării emisiunilor sangvine din vena cubitală în scop terapeutic. Aceşti autori au practicat într'un caz de febră tifoidă la o femee de 24 de ani, o emisiune de sânge de 350 cm. c. în scop terapeutic, constatând o scădere a temperaturii la trei zile după această emisiune şi intrarea bolnavei în convalescenţă. La altă femee gravidă şi cu febră tifoidă după avort ei observă o scădere a temperaturii în 2 zile şi intrarea bolnavei în convalescenţă.

De fapt şi autorul acestei comunicări a constatat în 13 cazuri o comportare aproape analoagă a evoluţiei bolii după hemoragia intestinală. Intr'adevăr în aceste cazuri după o hemoragie mijlocie, 300—500 cm. c., bolnavii intră în perioada de defervescenţă şi în 7—10 se instalează convalescenţa. Insă această instalare a defervescenţii şi a convalescenţii după hemoragie este posibil să fie numai o coincidenţă, bolnavii în momentul hemoragiei găsindu-se deobiceiu în săptămâna 3—4-a de boală, când deci convalescenţa se poate instala în orice moment

In rezumat hemoragia trebue pe mai departe considerată o complicaţie foarte gravă a febrei tifoide, pentrucă ea poate fi cauză de moarte imediată prin hemoragia intensă produsă, pentrucă ea poate contribui la sfârşitul letal, deşi ea în sine n'a fost aşa de masivă ca să fie mortală şi pentrucă ea poate fi urmată de complicaţia aproape 100% mortală, de perforaţia intestinală, ceea ce în statistica prezentă s'a produs în 6 cazuri 9,8%

D-l Prof. Haţieganu după ce mulţumeşte d-lui Dr. Gavrilă pentru interesanta comunicare, relevă şi dânsul legătura între hemoragia şi scăderea temperaturei consecutivă, dar această scădere de temperatură coincidă cu un colaps. Această temperatură împreună cu pulsul ne arată, care va fi evoluţia boalei.

2. *Dr. I. Prăgoiu şi Dr. V. Gavrilă:* **Chist hidatic al canalului rachidian.**

Un bolnav de 20 de ani e trimis de Clinica Neurologică din Cluj cu diagnosticul de tumoră cu compresiune medulară. Intervenţia chirurgicală constată o serie de vezicule hidatice în canalul rachidian. Fenomenele de paralizie, cât şi turburările sfincteriene şi trofice dispar încetul cu încetul, pentru ca la ½ an dela intervenţie bolnavul să fie complet refăcut.

3. Cetirea *procesului-verbal* al şedinţei comitetului din 13 Martie 1941, care este aprobat de plenul societăţii.

4. *Doc. Dr. L. Câmpeanu—Braşov:* **Principiile fundamentale ale bioterapiei chirurgicale.** (Conferinţă).

Prezentat de D-l preşedinte Prof. Dr. Grigoriu, ca un vechiu colaborator. D-l Doc. Câmpeanu îşi începe conferinţa cu rugămintea, de a fi considerat ca un membru al societăţii, aşa cum a fost în timpul pregătirii D-sale chirurgicale. Bioterapia chirurgicală, spune D-sa, este prevenirea şi combaterea la maximum a tuturor factorilor nocivi, precum şi cruţarea cât mai mult posibil a forţelor cunoscute şi necunoscute, din corpul nostru. După o scurtă privire asupra evoluţiei chirurgiei, conferenţiarul ajunge la epoca modernă, fiziologică.

Consideră anestezia locală ca cea mai puţin toxică dintre toate felurile de anestezie. Şocul operator trebue să fie cât mai mic. Dacă menajăm pe de o parte potenţialul electric şi hidraulic, iar de altă parte reducem la minimum posibil şocul psichic şi traumatic, cât şi intoxicaţia endo- şi exogenă, rezultatul operaţiei nu poate fi decât excelent, recomandă scularea precoce a operatului, deja de pe masa de operaţie, ca un factor determinant în menţinerea celor două potenţiale. Aşa nu vom avea pneumonie postoperatoare, flebită, embolie, meteorism, etc.

D-l Dr. Süssmann felicită pe D-l Câmpeanu pentru experienţa D-sale în materie de anestezie locală. Nu e însă de aceeaşi părere în ce priveşte cantitatea de anestezic, ce poate fi administrată, cât şi sculatul precoce.

D-l Prof. Sturza, aminteşte rezultatele lui Finsterer şi Lorenz, în ce priveşte anestezia locală şi sculatul precoce. Crede că fenomenele meteorice au mare rol în menţinerea potenţialurilor.

D-l Prof. Grigoriu felicită pe D-l Câmpeanu, care face fală chirurgiei româneşti. In faţa rezultatelor şi realităţilor dânsul este hotărît să încerce şi să adopte metoda expusă.

D-l Prof. Haţieganu spune, că D-l Câmpeanu aduce un fapt extrem de important pentru chirurg: sfinţenia operaţiei, adecă menajarea tuturor ţesuturilor, ce cad în câmpul operator. In ce priveşte sculatul precoce, recomandă selecţionarea cazurilor.

Colegiul Medicilor

Programul de activitate al Colegiului Medicilor Secţia Sibiu

Şedinţa din 20 Martie 1941.

Prezidează: Prof. Dr. I. HAŢIEGANU.

In ziua de 20 Martie a. c., s'a ţinut şedinţa comisiei interimare a Colegiului Medicilor Secţia Sibiu, sub preşidenţia d-lui Prof. Dr. Iuliu Haţiegaun. Membrii: D-nii Prof. Dr. Alex. Pop, Col. Dr. Ursu Liviu, Docent Dr. Filipescu şi Dr. Weindel Victor. Şedinţa se deschide prin salutul D-lui Prof. Dr. Haţieganu adus D-nilor reprezentanţi ai serviciilor sanitare, în persoana D-lor Inspector General Sanitar Dr. I. Cosma şi Medici primari Dr. Sturza şi Dr. Oprean pentru participare la această şedinţă şi solicită concursul Domniilor lor în scopul fixării unui program de activitate atât cu caracter higienic, cât şi medical preventiv şi curativ.

D-l preşedinte schiţează punctele programatice de activitate, cari le crede indicate pentru desvoltarea acestui plan.

Constată că Revista „Sibiul Medical", care a fost organul oficial al acestei secţiuni a Colegiului, a fuzionat cu „Clujul Medical" sub o nouă numire: „Ardealul Medical". In această revistă se va rezerva o rubrică pentru articole de organizare şi interes profesional.

Punctul al doilea de manifestare a Colegiului se va face prin ţinerea unor şedinţe lunare cu următorul conţinut:

I. Probleme higienico-sociale. Se va apela la persoanele de specialitate cari să facă comunicări cu caracter profesional de actualitate, existând persoane cu pregătire în acest domeniu în cadrele facultăţii de medicină.

II. Probleme profesionale.

III. Se vor ţine conferinţe de sinteze asupra unor probleme de ansamblu cu subiect medical, la cari să se invite personalităţile medicale din lumea universitară.

IV. Se vor demonstra cazuri. In aceste şedinţe toţi medicii practicieni pot să-şi aducă aportul prin demonstraţii de cazuri cu interes.

A doua formă de manifestare în activitatea Colegiului se fixează pe teren în domeniul urban şi rural cu scopul depistării maladiilor sociale. Pentru municipiul Sibiu se va institui o echipă compusă din medici sanitari şi medici de specialitate. Atenţiunea acestor medici se va îndrepta în special asupra guşei endemice la copii de şcoală, problemă care va constitui subiectul unui studiu statistic, iar rezultatele studiului vor indica măsurile terapeutice de urmat.

In mediul rural va activa o altă echipă constituită din medicii de circumscripţii, cu colaborarea medicilor specialişti, cari vor căuta să depisteze cazurile de boli sociale şi cari la fel vor forma obiectul unui studiu ştiinţific, pentru a indica forurilor competente măsurile necesare.

Colegiul medicilor va activa şi în cadrele „Astrei", ţinând conferinţe de popularizare a cunoştinţelor medicale în mediul rural.

Conform tradiţiei urmate până acum în Cluj şi Sibiu s'a hotărât ţinerea unor cursuri de perfecţionare atât pentru specialiştii din provincie, cât şi pentru medicii practicieni, cu subiecte din medicină prezentate în lumina noilor progrese.

Aceste cursuri, cari să aibă o durată de 2 zile la Sibiu, iar în oraşele limitrofe din Ardeal unde se vor deplasa conferenţiari durata lor va fi de o zi numai şi se vor anunţa din timp. Ca şi conferenţiari vor participa atât corpul medical universitar, cât şi medicii Ministerului Sănătăţii.

Colegiul medicilor secţia Sibiu de sub preşedinţia d-lui Prof. Dr. I. Haţieganu, în dorinţa de a activa pe teren în mod efectiv, a hotărât în şedinţa comitetului din ziua de *24 Martie 1941*, înfiinţarea unei biblioteci a colegiului. Această bibliotecă va fi mai mult o sală de citire a revistelor medicale ce se vor abona, atât indigene, cât şi străine. In felul acesta se dă posibilitatea fiecărui medic să ia cunoştinţă de toate progresele medicinei moderne. Este un bun exemplu şi demn de urmat şi de celelalte colegii din ţară.

Se mai hotăreşte ca să se intervie pe lângă Ministerul de Interne, Ministerul Sănătăţii şi Comitetul Executiv Central, să aprobe şi pe mai departe gratuitatea locuinţelor medicilor de circumscripţii unde au fost şi înainte locuinţe rezervate special pentru medici.

S'a hotărât ca prima şedinţă a Colegiului Sibiu să fie în 11 Aprilie, când se vor discuta între altele şi chestiunea impunerii medicilor precum şi problema tarifului medical.

Şedinţa publică din 11 Aprilie 1941.

Prezidează: D-l Prof. Dr. I. HAŢIEGANU, preşedinte.

In ziua de 11 Aprilie 1941 a avut loc şedinţa publică a Colegiului Medicilor, secţia judeţeană Sibiu, la ora 17, în amfiteatrul Clinicei Ginecologice şi Obstetricale. Sunt prezenţi un număr foarte mare de medici din oraş şi din provincie.

D-l Prof. Dr. I. Haţieganu, deschizând prima şedinţă publică a Colegiului de când Domnia Sa a luat conducerea a spus în rezumat următoarele:

Colegiul Medicilor şi-a fixat ca program de activitate următoarele puncte principale:

1. Apărarea intereselor profesionale ale medicilor.

2. Observarea principiilor de deontologie medicală, disciplina interioară a medicilor, observarea colegialităţii în practica medicală, etc.

3. Asistenţa familiilor medicilor.

4. Incadrarea în vieaţa sanitară a ţării a tuturor medicilor, nu numai a celor oficiali, ci şi a celor particulari.

In acest scop este necesară o colaborare intimă între medicii oficiali şi particulari.

Inafară de aceste preocupări o dorinţă principală a Colegiului este de a produce o *dinamizare a tuturor medicilor în direcţia preocupărilor ştiinţifice şi practice.*

Intr'o şedinţă a comisiei interimare a Colegiului Medicilor, Secţia Sibiu, s'au luat următoarele hotărâri pentru a duce la bun sfârşit aceste scopuri:

1. Toată activitatea noastră în cadrul Colegiului va fi publicată în noua revistă medicală ce va apare la Sibiu: *Ardealul Medical*, rezultată din fuzionarea a trei reviste: Clujul Medical, Sibiul Medical, Endocrinologie, Ginecologie şi Obstetrică.

2. Dorim să creem o vieaţă medicală mai frumoasă în acest centru, de aceea *se vor ţine şedinţe lunare*, în care se vor discuta probleme profesionale, probleme de igienă, se vor prezenta cazuri de bolnavi, se vor face comunicări, se vor face scurte conferinţe de punere la punct asupra unor subiecte de actualitate. Dorim ca la aceste şedinţe să participe un număr cât mai mare de colegi, atât din oraş, cât şi din provincie.

3. O problemă de importanţă capitală pentru medicii noştri o constituesc *cursurile de perfecţionare*, cari sunt barometrul eticei medicale. Este necesar ca medicii să fie totdeauna la înălţimea ştiinţei şi în curent cu toate progresele medicinei. In acest scop medicii trebue să menţină contactul cu înaltele instituţiuni medicale şi cu centrele medicale mai importante. In primul rând sunt necesare legăturile cu Facultăţile de Medicină, apoi cu marile centre medicale neuniversitare din ţară, astfel putem fi în curent cu evoluţia problemelor de ştiinţă medicală şi a chestiunilor de tehnică şi practică medicală. Ocazii fericite pentru păstrarea acestor legături o formează cursurile de perfecţionare.

In cadrele Facultăţii de Medicină din Cluj s'au organizat în mod periodic astfel de cursuri de perfecţionare din toate specialităţile medicinei.

Dorim să continuăm aceste cursuri la Sibiu în cadrele Colegiului Medicilor cu concursul Facultăţii de Medicină, a tuturor Spitalelor de aci şi a conducătorilor lor. Dar dorinţa noastră este ca la organizarea şi reuşita acestor cursuri să contribue şi medicii practicieni, cari sunt rugaţi să vină aci cu experienţa lor, cu observaţiile lor din practica zilnică, fiindcă experienţa câştigată din vieaţa medicală, practică de fiecare zi ne este de foarte mare utilitate tuturora. De altfel între medicii practicieni sunt mulţi oameni foarte valoroşi.

Durata cursurilor să nu fie lungă, $1^1/_2$—2 zile, pentru ca medicii să nu trebuiască să lipsească mult dela posturile şi dela rosturile lor.

Intenţiunea noastră este ca să ţinem cursuri de perfecţionare, de scurtă durată nu numai în Sibiu, ci şi în celelalte centre medicale, cum este Braşovul, Mediaşul, Sighişoara, etc., cu care ocazie conferenţiari s'ar deplasa în aceste centre.

Cursurile de perfecţionare înalţă sufletul, ridiră puterea de muncă. Să nu mai trăim izolaţi, să participaţi cu toţii la aceste cursuri.

4. Altă problemă de o importanţă covârşitoare este rolul medicului de educator al poporului.

Pentru medic nu este destul o pregătire profesională, tehnică şi ştiinţifică perfectă, ci noi medicii, atât dela oraş, cât şi dela sate, trebue să ne încadrăm voluntar în mijlocul colectivităţi, a poporului, unde să petrecem cel puţin o zi pe an. Să intrăm în sat, în fabrică, în cartierele sărace ale oraşelor şi aci să ne îndeplinim rolul nostru de îndrumători în primul rând în problemele de sănătate publică, dar şi în alte probleme. Inălţimea etică a unei profesiuni este determinată de concepţia pe care trebue s'o avem despre această profesiune. Comercializarea medicinii trebue să dispară din această ţară. Medicii trebue să aibă o astfel de concepţie de vieaţă încât să fie gata pentru sacrificii. In zadar vom aduce orice lege, căci dacă nu aducem sacrificii practice, nu ne putem apropia marele public.

Medicina de azi trebue să fie aproape nu numai de bolnav, ci şi de popor. Medicul trebue să fie un îndrumător, educator, cu răspundere, aproape de tineret, de popor, de naţiune. Afară de preot şi învăţător

medicul este al treilea factor determinant în viaţa unui popor.

Iubirea de om şi devotamentul faţă de popor să ne însufleţească totdeauna.

Se intră apoi în ordinea de zi.

1. *Dr. Thullner Martin:* **Stabilirea onorariilor medicale.** Domnia Sa prezintă un referat complet cu propuneri în ce priveşte onorariile medicilor.

La discuţia acestei probleme i-au parte domnii: Prof. Dr. M. Sturza, Conf. Dr. Daniello, Dr. Opreanu, Dr. Sturza I., Dr. Păcurariu, cari propun la unele din onorarii majorări, la altele scăderi.

Se hotăreşte ca referatul D-lui Dr. Thullner să fie luat din nou în desbaterea Comitetului Colegiului, unde să i se aducă o formă definitivă şi apoi să fie prezentat membrilor Colegiului în viitoarea şedinţă plenară.

2. *Dr. Ionaşiu Liviu:* **Impunerile medicilor.** Domnia Sa prezintă un referat despre impunerile medicilor şi arată disproporţia între câştig şi impunerile mari la care sunt supuşi medicii. Până acum impozitul profesional se ridica la 23,3%, iar prin noua legiferare, i s'a dat o cifră rotundă, ridicându-se la 24%. Până acum, în Comisia impunerilor, interesele Medicilor erau apărate de un reprezentant al lor. Astăzi însă acest reprezentant nu mai este admis, rămânând deci ca medicii să rămâie la dispoziţia Comisiei de impuneri, care de sigur nu mai ţine cont de interesele lor, neimpunându-i după declaraţiile personale ci după aprecierile membrilor Comisiei. Propune să convoace o nouă şedinţă a Colegiului, în care să se stabilească normele de impunere şi să se delege un reprezentant pentru susţinerea acestor doleanţe. Iau parte la discuţii: Domnii Prof. Dr. Sturza şi Dr. Bude, cari arată necesitatea prezenţei unui membru de al nostru în Comisia de impunere şi cea de Apel. Roagă pe Domnul Preşedinte să intervină în acest sens, pentru ca apoi Colegiul să poată delega un membru, care să aibă drept de vot în aceste Comisii.

Se hotăreşte să se intervină de urgenţă la Ministerul de Finanţe, întru cât aceste Comisii îşi încep activitatea în 24 a lunei curente.

3. *Conf. Dr. L. Daniello:* **Depistarea tuberculozei în mediul şcolar.** (Conferinţă, apare în articol).

4. *Dr. Moga Aurel:* **Noţiuni noui în tratamentul insuficienţii cardio-vasculare.** (Conferinţă de punere la punct, apare în articol).

5. *Dr. Guţia Valer:* **Broşa lui Kirschner.**

Îmi permiteţi să vă prezint această broşă a lui Kirschner pe care am primit-o recent şi care după toate probabilităţile este destul de puţin cunoscută la noi.

Ea se compune dintr'o broşă metalică subţire, una potcoavă cu două cârlige, două atele cari se fixează lângă ambele orificii de intrare şi eşire şi această freză.

Este în deobşte cunoscut că tratamentul fracturilor se face prin metode nesângerânde şi sângerânde.

Mă refer acuma în special la tratamentul prin metode nesângerânde şi anume la extensiile cu punct fix pe schelet.

Pentru efectuarea extensiei continue sau preconizat mai multe metode, mai ales după sediul şi modul cum se fac aceste tracţiuni.

In legătură cu cazul nostru ne interesează mai mult procedeul de extenzie prin cui, care a fost la început practicat de Codeville şi Steimann.

Fac o mică deviaţie pentru a descrie foarte sumar bine cunoscuta metodă a lui Steimann, putând astfel face o comparaţie cu broşa lui Kirschner, aplicată de noi.

Steimann introduce pe ambele laturi ale osului un cui în direcţie de sus în jos prin piele şi câţiva cm. în os. Fixează de ambele copite proeminente ale cuielor o scăriţă de metal pentru extenzie.

Inconvenientul principal al acestui procedeu este lipsa de fixitate a cuielor în ţesutul osos şi producerea frecventă de escare la nivelul ei, procedeu care s'a cam abandonat.

Trecând acuma la procedeul nostru, tehnica aplicării lui este una din cele mai simple, rapide şi fără a fii nevoie de-o abilitate specială.

După o prealabilă desinfecţie a câmpului, facem anestezie locală cu novocaină. Aplicăm apoi această broşă, care este foarte subţire, în capul acestei freze. O aşezăm la locul unde vrem să o întroducem, învârtind de manivela frizei, până când a traversat ţesuturile moi, osul şi ţesuturile moi din partea opusă.

La punctul de penetraţie în părţile moi, se fixează bilateral aceste două etele de metal, care asigură izolarea completă în condiţiuni de sterilitate absolută.

Pentru a putea realiza tracţiunea, avem această potcoavă care la capetele ei prezintă două suprafeţe cu jgiaburi în metal cari să asigure fixitatea prinderii broşei. Mai există încă pe lângă acest aparat două cârlige cari se angajează în perforaţiile dela boltitura potcoavei în scopul de-a putea realiza prin transmisiune pe scripete, greutăţile pentru redresarea fracturei. Odată terminat, aplicăm un pansament protector deasupra atelelor protectoare.

Inainte de-a trece la descrierea avantajiilor pe cari le prezintă această broşă, îmi permiteţi să vă rezum indicaţiile după care se poate aplica acest procedeu.

Această metodă este de preferat mai ales la:

1. Intâi fracturile cu tendinţă la deplasare permanentă, mai ales în direcţia longitudinală; aparţin acestor tipuri cu deosebire fracturile diafizare a mem-

brului superior (humurus) şi inferior coapsă şi gambă. La prima se pătrunde traversând partea inferioară a fumurului cu ajutorul broşei; iar la gambă traversând calcaneul la 1—2 lăţimi de deget înapoia şi dedesubtul vârfului maleolei.

2. Fracturi cu deplasări vechi şi mari unde menţinerea coaptării reclamă o forţă puternică.

3. In fracturi cu leziuni ale părţilor moi, cari contra indică întrebuinţarea cuplastrului.

4. Fracturi infectate, cari necesită deschiderea de abcese şi tratament desinfectant.

Văzând acuma indicaţiile aplicării acestui procedeu, să trecem în revistă şi avantajele pe cari le prezintă. Acestea ar fii următoarele:

1. Dă posibilitate unei coaptări mai exacte şi prin asta se împiedică influenţa iritativă a fragmentelor asupra musculaturei.

2. Evită retracţia cicatricială a aponevrozelor cauză esenţială a anchilozării articulare.

3. Menţine elasticitatea normală a musculaturei prin extensia fiziologică a muşchilor.

4. Extensia continuă prin presiunea concentrică accelerează rezorbţia rapidă a hematomului şi a exudatului inflamator.

5. Nu alterează circulaţia sanghină şi limfatică, împiedecând edemul prin stagnare.

6. In fine tehnica este uşoară şi rapidă, în raport cu celelalte procedee de tratament al fracturilor, cum ar fii operatele ghipsate, cari în majoritatea cazurilor pot da atrofii musculare de inactivitate şi rigiditate articulare.

7. In concluzie asigură cea mai bună vindecare puncţ. şi anatomică.

Am aplicat această metodă de tratament în câteva cazuri unde am putut realiza, mai ales în aceste cazuri de fracturi dificile, repoziţii din cele mai exacte, şi-mi permit să prezint aci un caz de fractură a fumurului în 1/3 inferioară, cu revărsare de sânge abundentă în ţesuturi.

Fotografia aceasta demonstrează focarul de fractură în ziua intrării în serviciu şi a 2-a fotografie arată situaţia după aplicarea acestei metode de tratament după 3 săptămâni.

Reese că repoziţia e destul de exactă, astfel încât după experienţele care le avem până acuma, suntem în situaţia de-a recomanda această metodă de tratament în mod călduros.

SERVICIUL CHIRURGICAL

Medic primar director: Docent O. Filipescu.

6. *Dr. Tiberiu Iacob:* **Neoplasm al stomacului operat.**

Bolnavul de faţă care a intrat în serviciul nostru acum patru săptămâni cu diagnosticul de neoplasm gastric şi care în baza examenului histopatologic făcut ulterior, prezintă un interes deosebit.

Joica Mihai, în etate de 36 ani, de profesiune cofetar.

In antecedentele heredocolaterale şi personale nu găsim nimic deosebit. Boala actuală a debutat acum doi ani. Debutul a fost insidios, cu uşoare dureri în epigastru, dureri cari nu erau ritmate de alimentaţie. Avea rareori fenomene de piroze şi erustaţii. Pofta de mâncare i-a fost păstrată tot timpul. Acuză de multe ori şi o sensaţie de greutate în stomac. N'a prezentat hematemeze nici melene. Scaunul era cu regularitate de două ori la zi. N'a avut vărsături. Rareori avea sensaţii de greaţă. Durerile s'au accentuat încât în timpul din urmă au devenit aproape insuportabile.

La examenul obiectiv general se constată o emaciere pronunţată cu care se prezintă bolnavul. Ţesutul celular subcutanat foarte mult redus şi culoarea tegumentelor asemănătoare celei paiului de grâu. *Cordul* în limite normale. *Pulmonar:* la ascultaţie se constată o respiraţie înăsprită în limitele ariei pulmonare drepte şi discrete raluri crepitante. Examenul radiologic pulmonar pune în evidenţă o scizurită dreaptă şi discrete marmorizaţiuni ale câmpului pulmonar drept. *Abdominal:* abdomenul escavat în formă naviculară. La o privire mai atentă se putea observa o uşoară bombare în epigastru. La palpare într'adevăr se simte o rezistenţă tumorală ce explică această bombare constatată la inspecţie. Această tumoră cam de mărimea unei mandarine era puţin mobilă ocupând mai mult unghiul xifo ombilicar spre rebordul costal drept. La palpare bolnavul acuză dureri la acest nivel. Restul abdomenului liber. Sistemul ganglionar de aspect normal în toate regiunile. Bolnavul afebril atât la internare, cât şi în timpul boalei. Probele de laborator atât Wassermanul, cât şi urina au dat rezultate negative. Examenul sucului gastric nu s'a făcut, bolnavul ţinând să se procedeze la intervenţie fără întârziere neacceptând să i se mai facă şi această probă. Examenul radiologic al stomacului pune în evidenţă o imagine lacunară mare, circumscrisă, localizată înspre antrulpiloric, caracteristică unui neoplasm gastric.

Bazat pe acest examen radiologic cât şi pe prezenţa tumorii constatată la palpare şi pe aspectul general al bolnavului cu simtomele clinice, am opinat pentru un neoplasm al stomacului mai precis pentru un cancer. Am hotărât deci intervenţia chirurgicală. După pregătirea prealabilă a bolnavului, intervenim în ziua de 11 Martie a. c. Intervenţia se face sub anestezie locală cu novocaină 1%, conduită ce se urmează în majoritatea absolută a cazurilor de intervenţie pe stomac în serviciul nostru, după ce în prealabil cu o jumătate de oră înainte de intervenţie se administrează

bolnavului, subcutanat 1 cmc. de Dilaudit-Scopolamină sau Dihydromorphinon. La deschiderea abdomenului se constată o tumoră gastrică ce cuprinde corpul stomacal până aproape de cardie. Ganglionii de pe mica curbură prinşi şi uşor infiltraţi, iar ceilalţi de aspect normal. Infiltraţii în organe limitrofe lipseau. Hotărâm o rezecţie întinsă până aproape de cardie, regiune în care ţesutul era normal. Rezecţia se face după Reihel şi se execută în condiţiuni normale. Se extirpă şi ganglionii de pe mica curbură. Mersul post operator cât se poate de bun fără vărsături sau alte turburări. Urmăm în acest caz acelaşi tratament post operator ce-l aplicăm în toate cazurile de intervenţie pe stomac. A opta zi se constată o uşoară secreţie în plagă pentru care se aplică un pansament zilnic. Bolnavul se simte bine, are poftă de mâncare şi s'a refăcut, fiindcă vreau să fac remarca, că bolnavul prezintă cu totul alt aspect decât acela care îl prezenta înainte de intervenţie când era emaciat şi aproape casetizat. După rezecarea celei mai mari părţi din stomac trimitem piesa — ce o prezint în faţa domniilor voastre — la institutul de Anatomie patologică a Facultăţii de medicină pentru examenul histopatologic şi precizarea diagnosticului microscopic.

Macroscopic tumora are un aspect destul de neregulat cu o nuanţă de culoare în spre albastru deschis. Mucoasa prezintă în unele locuri circonvoluţiuni asemănătoare celor cerebrale ca o hartă geografică în relief. Se constată şi o ulceraţie de mărimea unei monede de un leu al cărei fund este de un aspect roşietic.

Rezultatul examenului histopatologic este următorul: In secţ. histologice făcute în peretele stomacal se constată că mucoasa este înlocuită cu ţesut străin. Structura acestui ţesut constă din cel. în cea mai mare parte ovoide mari, între cari se observă şi fascicole de fibre cologene şi o cantitate de vase de neoformaţie. La un examen cu măriri mai puternice se observă o diversitate în celulele acestei formaţiuni, unele sunt mari cu un nucleu de patru, cinci ori cât o celulă limfocitară având cromatină formată din granule fine cu unul sau mai mulţi nucleoli, protoplasma este limpede şi câteodată necolorată. Se văd şi celule cu doi nuclei cu protoplasmă mai densă, uşor eozinofilă; foarte multe celule în cariochineze atipice; în unele locuri se vede şi o dispoziţie palinadică. Intre aceste celule se văd şi cel. cu caracter limfocitar mai rar polinucleare şi eozinofile.

Se văd şi foliculi limfoizi hiperplaziaţi.

In lumina secţ. vasculare nu se văd celule hematice, lipsesc cel. Sternberg tipice şi nu există diversitate mare de formă. Credem că este o tum. epitelială carcinomatoasă cu mai multă probabilitate; deşi nu pot exclude un proces limfogranulomatos.

In concluzie acest examen înclină către o tumoră epitelială carcinomatoasă cu mai multă probabilitate deşi nu poate exclude un proces limfogranulomatos.

Clinic pentru un cancer ar pleda însăşi prezenţa tumorii, aspectul general al bolnavului, sistemul ganglionar extern cât şi rezultatul histopatologic care pledează pentru o tumoră epitelială carcinomatoasă. Un alt semn de mare importanţă în acest examen care ne face să admitem că ar fi vorba de un carcinom este lipsa celulelor lui Sternberg caracteristice limfogranulomatozei. Luăm în considerare apoi şi febra care în cazul de limfogranulomatoză este un simptom constant şi care în cazul nostru lipseşte.

Vin însă alte date cari pun la îndoială acest diagnostic şi stau în favorul celuilalt adecă de limfogranulomatoză gastrică şi anume: 1. Vârsta. Ştim că anume cancerul apare mai târziu, la vârstă mai înaintată cu toate că nu se exclude nici la o vârstă mai tânără. Totuşi vârsta bolnavului nostru pledează mai mult pentru limfogranulomatoză. 2. Evoluţia relativ lungă a boalei. Bolnavul spune că suferă de doi ani, evoluţie ce nu se prea întâlneşte în cazuri de cancer. 3. Păstrarea poftei de mâncare spre deosebire de cancer, unde din contră avem o anorexie şi mai ales o anorexie electivă, fapt neîntâlnit la bolnavul nostru. 4. Examenul pulmonar încă ar pleda pentru o limfogranulomatoză, ştiind că mulţi autori pun limfogranulomatoza în legătură cu o afecţiune pulmonară de natură bacilară. 5. Lipsa de infiltraţie regionale ale tumorei şi metastazei mai ales în ficat, lucru foarte frecvent în cancer stomacal şi mai ales când ne gândim la evoluţia atât de lungă, ar fi aproape imposibil să nu dea aceste metastaze, încă ar pleda în contra unui cancer. Totuşi este atât de rară limfogranulomatoza primitivă a stomacului încât unii autori o şi neagă aşa încât precizarea diagnosticului rămâne să o facă numai timpul. Dacă este cancer evoluţia ştim care va fi, iar dacă este vorba de o limfogranulomatoză rezultatul va fi cu totul altul.

DISCUŢIE: *Prof. Dr. I. Goia*, relevă importanţa cazului de faţă şi discută diagnosticul diferenţial între cancer, ulcero-cancer şi limfogranulomatoza stomacului.

SERVICIUL CHIRURGICAL AL SPITALULUI PUBLIC
Medic primar director: Docent Dr. O. Filipescu.

---

7. *Dr. Gh. Păcurariu* şi *Dr. P. Ţârlea*: **Un caz de pemfigus foliaceu.**

Bolnava S. R. de 35 ani, căsătorită, internată în Spitalul Public cu o dermatoză generalizată, care a debutat acum 8 luni, brusc, prin erupţiuni buloase, cuprinzând în scurt timp toată suprafaţa tegumentelor, pe lângă o stare generală alterată, slăbită, febrilă. In această stare intră în Secţia Dermato venerică a Spi-

talului, cu temp. 38,9. Din punct de vedere dermatologic, prezintă placarde întinse eritemate-edematoase, exfoliative, cu bule flaşte purulente şi resturi epidermice flotante la periferie. Semnul lui Nikolsky pozitiv. Ca examinări de laborator: RW. neg., în sânge eosinofile 10%, în conţinutul bulelor stafilococi. In urină urme de albumină şi puroi. Cloruri 7,20% uşoară retenţie. Prin tratamentul de 5 zile, constătător din regim declorurat, Sulfamide (Uliron 3-ori o tabl.) şi local o pastă moale cu Rivanol 1/2%, s'a realizat o ameliorare evidentă a acestei dermatoze foarte rare, cu etiologia neclarificată şi cu un prognostic grav, evoluând lent spre sfârşitul letal, încât ne îndreptăţeşte la optimism în privinţa prognosticului în cazul nostru.

(SERVICIUL DERMATO-VENERIC, SPITALUL PUBLIC).

Trecându-se la eventuale, Domnul Preşedinte propune ca şedinţele lunare ale Colegiului să se ţină, într'o zi de Vineri şi roagă în special pe membrii din provincie să ia parte într'un număr cât mai mare.

Domnia Sa închide şedinţa mulţumind membrilor pentru participare, anunţând că prima şedinţă de Comitet se va ţine săptămâna viitoare, iar şedinţa lunară a Colegiului împreună cu programul ei, se va aduce la cunoştiinţa membrilor, din timp.

Revista cărţilor

Vitaminele şi aplicaţia lor clinică, *de W. Stepp, J. Kühnau, H. Schroeder.* Traducere în româneşte după ediţia a 4-a germană, revăzută şi adaugită de: *Dr. Ilie D. Georgescu.* (Bucureşti) un volum de 272 pagini. Editura H. Welther, Sibiu, 1940.

Studiul vitaminelor constitue astăzi o problemă de o importanţă capitală atât pentru individul sănătos, cât şi pentru cel bolnav. Compunerea unui regim alimentar astăzi nu se mai poate concepe, fără a ţine cont şi de prezenţa vitaminelor, fie că este vorba de oameni sănătoşi, fie că este vorba de bolnavi. Lipsa sau numai insuficienţa în regim a vitaminelor a dus la descoperirea unor sindrome clinice extrem de variate, tot aşa şi un exces de vitamine. Tablourile clinice de avitaminoză, ipovitaminoză şi ipervitaminoză sunt la ordinea zilei. In special în ultimul deceniu cercetările asupra vitaminelor au devenit extrem de numeroase, atât în domeniul experimental de laborator, cât şi în cel clinic, aplicate la bolnavi. Numărul lucrărilor în aceste direcţii este aşa de imens, încât şi pentru specialişti este greu să le urmărească, ceea ce pentru un medic practician este imposibil, deşi pentru el aceste studii au o importanţă deosebită.

In aceste împrejurări cartea despre *„Vitamine şi aplicarea lor clinică"* a domnilor: *W. Stepp, J. Kühnau, H. Schroeder,* apărută prima dată în 1936, a fost cu foarte mare bucurie primită de către medici. Cartea a ajuns într'un interval scurt la a 4-a ediţie (1939), fiecare ediţie epuizându-se cu o repeziciune uimitoare, ceea ce dovedea necesitatea ei.

A 4-a ediţie a acestei valoroase cărţi a fost tradusă în româneşte de către domnul *Dr. Ilie Georgescu,* şef de lucrări la Facultatea de Medicină din Bucureşti. Domnul Georgescu a făcut un mare serviciu medicinei române prin această traducere în româneşte, fiindcă în acest fel cartea este cu mult mai accesibilă tuturor medicilor şi studenţilor români.

Cartea conţine ultimele cercetări puse la punct în domeniul vitaminelor, atât teoretic, cât şi practic, aplicate în domeniul terapeuticei clinice.

Iată conţinutul cărţii: după introducere, unde se tratează istoricul, definiţia vitaminelor, corelaţia lor cu hormonii, vitaminele ca substanţe nutritive şi ca medicamente, se trece la studiul fiecării vitamine în parte.

Să începe cu *vitamina A (Xeroftol).* Se expune compoziţia chimică, proprietăţile, metodele de determinare în laborator, de standardizare în unităţi internaţionale în scop terapeutic, ale acestei vitamine. Se indică răspândirea vitaminei A şi alimentele în care ea se găseşte. Se arată manifestările de carenţă în vitamina A, indicând toate turburările morbide survenite în urma acestei carenţe. Se arată comportarea în organism, fiziologia şi activitatea, nevoia zilnică în vitamina A a organismului. In partea clinică se dau detaliile necesare asupra avitaminozelor şi ipovitaminozelor la om, precum şi asupra combaterii acestor sindrome morbide prin vitamina A.

Urmează apoi *grupul vitaminei B.* Se tratează întâi *vitamina B1* (vitamina antinevritică, Aneurin, Thiamin). Se expune apoi *complexul vitaminei B 2:* factorul de creştere (pe scurt vitamina B 2, Lactoflavina, Riboflavina) vitamina antipelagroasă (acidul nicotinic respectiv amida acidului nicotinic); *vitamina B 6* (Adermin, factorul eluat); factorul antianemic (în sens strict: „Factorul extrinsec", Hemogenul): factorul de prevenire al anemiei tropice; vitamina M (factorul de prevenire al aleuciei); alte vitamine din grupa B. La fiecare din aceste vitamine autorul urmează aceeaşi ordine de expunere, ca şi la vitamina A, dând toate detaliile necesare, pentru fiecare capitol în parte.

Mai departe după acelaş plan de expunere, se tratează despre *vitamina C, vitamina D, vitamina E.* (vitamina contra sterilităţii sau de fecunditate), *vitamina F, vitamina H, vitamina K,* (vitamina antihemoragică) vitamina P (vitamina de permeabilitate: Citrin)

Se vorbeşte apoi despre importanţa vitaminelor în alimentaţia omului şi nevoia zilnică a omului în fiecare vitamină în parte. Se tratează apoi despre antagonismul vitaminelor în vitaminoterapie.

La sfârşit se dau două tablouri: unul despre conţinutul alimentelor în fiecare vitamină în parte şi altul cu o privire generală asupra vitaminelor cunoscute până acum.

Această admirabilă carte ocupă deja de multă vreme un loc de frunte în literatura medicală internaţională, astfel că ar fi poate inutil de a o mai recomanda corpului medical, în orice caz această sarcină pentru mine este extrem de uşoară. In această carte fiecare medic şi student în medicină va găsi partea, care îl interesează: cercetătorul de laborator va găsi toate datele şi literatura necesară, care este dată la fiecare capitol în parte, din domeniul biologic experimental, — specialistul clinician va găsi toate sindromele clinice cauzate de lipsa sau excesul vitaminelor, medicul practician va găsi o punere la punct exactă a tuturor problemelor de practică medicală în legătură cu vitaminele, studentul în medicină va găsi toate datele referitoare la vitamine, cari astăzi au intrat de mult şi în învăţământul medical.

Dr. I. Gavrilă.

„Die postoperative Erkrankung". Eine Reform der chirurgischen Behandlung. *Docent Dr. Liviu Câmpeanu*, 190 p. (Editura H. Welther, Sibiu 1941).

După ediția românească apărută în anul 1939 a studiului „Boala postoperatorie", avem azi plăcerea și mândria să constatăm apariția ediției germane a problemei pe cât de actuale, atât de importante în viața medicinei operatorie — Autorul înbogățit în materialul problemei ce îl pasionează redă în ediția germană importanța capitală ce o constitue „Boala postoperatorie", accentuând că ea este determinată de cei trei factori principali și anume: de intoxicația exogenă și endogenă, de șocul psihic și traumatic și de jena circulatorie periferică.

Autorul pentru a combate consecințele dăunătoare — cauzate de acești factori — adecă de „Turburările postoperatorii" — cuprinsă în numele colectiv de „boală postoperatorie" — face apel la forțele proprii ale naturii, punând în concordanță organismul operat cu legile vieții.

Pentru a preveni „boala postoperatorie", autorul recurge la anestezia locală și loco regională, care se poate considera ca cea mai puțin toxică față de toate celelalte procedee de anestezie.

Insistă mai ales asupra avantajilor ce le ofere „mișcarea precoce" a bolnavului operat.

Descrie cum chirurgia modernă a învins durerea, infecția și mai nou boala postoperatorie. Străduințele, depuse în decursul ultimilor decenii, au dus la crearea perioadei de înflorire a chirurgiei de azi.

Reforma chirurgiei, preconizată de autor, vizează micșorarea riscului operator prin înlăturarea cât mai completă a boalei postoperatorie. Cercetările de laborator, dar mai ales rezultatele clinice arată, că aceasta reformă este justificată în întregime.

Bioterapia, asociată cu fizioterapia, constitue o armă atât de eficace contra „boalei postoperatorie" încât sub influența lor aceasta își pierde caracterul ei agresiv, îngăduind bolnavilor să se vindece mult mai ușor și mai repede, decum s'a făcut până acum. -- Foloasele reformei sunt foarte importante atât pentru chirurgia de pace, dar mai ales pentru aceea de război.

Peste 20.000 de bolnavi tratați prin procedeele utilizate de autor confirmă efectele valoroase ale tratamentului biologic descris în capitole pline de interes științific și de competența chirurgului desăvârșit. Autorul pentru elucidarea datelor să servește de 49 fotografii și 4 tabele cu text.

Lucrarea d-lui Docent Dr. L. Câmpeanu, în ediția germană întrunește toate condițiunile unui studiu temeinic, de reformă științifică, în care să reoglindește dinamismul specific, al individualității D-sale.

Forma și execuția excelentă sub toate raporturile, dă chezășia că această splendidă lucrare va fi apreciată în justa ei valoare și va duce mult peste hotare faima, spiritul și competința științei medicale românești.

Conf. *Dr. Traian Popoviciu.*

Allergia și tuberculoza (Allergie und Tuberculose) de *Dr. Franz Ickert.* Georg Thieme (Verlag) Leipzig, 1940. Un volum de 142 pagini.

Allergia, fenomen imun-biologic caracterizat prin o reacțiune modificată a organismului față de o infecțiune repetată, are o importanță deosebită în întreaga patologie. Pentru tuberculoză importanța ei este considerabilă. Allergia în general datorează foarte mult allergiei tuberculoase.

Autorul acestei cărți tratează problema allergiei în cursul tuberculozei.

In prima parte vorbește despre fenomenul de allergie în general. In capitolul următor se expun fenomenele allergice în cursul tuberculozei. Și aci întâi se tratează allergia tuberculoasă în general, apoi se expune problema tuberculinei: reacția la tuberculină, problema specificității reacții la tuberculină, diferitele probe diagnostice cu tuberculină, gradul sensibilității la tuberculină, sensibilitatea la tuberculină și reacțiunile de fixare a complementului, importanța practică a sensibilității la tuberculină.

Urmează apoi expunerea reacțiunilor allergice în diferitele forme de tuberculoză: infiltratul la complexul primar și de reinfecție, infiltratul secundar, epituberculoza, tuberculoza miliară și diseminarea hematogenă, ftizia izolată, infiltrate și procese infiltrative, caverne, tuberculoza cutanată, scrofuloza, pleureziile exudative, reumatismul tuberculos, boala lui Boeck, tuberculoza anergică, grupa Boeck—Mylius—Schurman—Jungling.

In capitolul al treilea se vorbește despre influențe nespecifice și reacțiuni allergiforme.

In capitolul al patrălea se tratează despre influențe'e constituționale și allergie.

In capitolele următoare se mai tratează despre imunitate și allergie,, despre consecințele terapeutice ce rezultă din studiul allergiei. Cartea interesează în mod deosebit pe specialistul ftiziolog și patolog și în general pe orice medic care vrea să fie în curent cu problemele de patalogie generală.

Dr. I. Gavrilă

Revista revistelor

MEDICINA INTERNĂ

Tratamentul medicamentos al hipertensiunii arteriale. (Le traitément medicamenteux de l'hypertension artérielle) de *M. Loeper.* Paris medical Nr. 44—45, 1940, p. 495

Autorul discută în acest articol tratamentul hipertensiunii arteriale, care este un tratament de urgență, un tratament preventiv al accidentelor și un tratament de fond al hipertensiunii propriu zise.

Tratamentul de urgență este un tratament simptomatic și el se îndreaptă contra hemoragiilor nazale, cerebrale, edemului pulmonar, spasmelor coronariene, insuficienții ventricolului stâng, a complicațiunilor renale.

Tratamentul preventiv vizează puseurile hipertensive, care cauzează o sumă de accidente. Acest tratament este unul fiziologic. Medicamente întrebuințate în acest scop sunt: nitriții, trinitrina, histamina și unele produse organice care conțin histamină și colină. Intre aceste ultime este și usturoiul cu acțiune net ipotensivă. Alt medicament cu acțiune asupra sistemului nervos al vaselor este acetilcolina.

Tratamentul de fond al hipertensiunii adesea este etiologic. Medicamente cu acțiune asupra arterelor sunt: iodul și sulful. Sulful în sine are o acțiune ipotensoare, însă acțiunea lui favorabilă se explică probabil prin combinarea lui cu unele substanțe responsabile de hipertensiune: ipertensine, dintre care mai importantă este tiramina. Tratamentul etiologic al hipertensiunii ar consta din eliminarea tiraminei din organism prin coleretice și diuretice, de a prevenii formarea ei prin alcaline și mai ales de a o neutraliza, în care scop se utilizează sulful. Iposulfitul de sodiu este produsul sulfurat cel mai simplu utilizat în acest scop.

Dr. I. Gavrilă.

Efectul şocului insulinic asupra tensiunei arteriale umerale şi retiniene, de *R. Montmollin* şi *E. B. Streif.* Schweiz Med. Woch. 1940, Nr. 15, p. 326

Autorii au studiat influenţa şocului insulinic asupra tensiunei arteriale umerale şi retiniene, măsurate ambele în mod paralel în tot cursul duratei socului. Datele obţinute sunt date sub formă de curbe, rezultatele sunt variabile. Uneori se constată că presiunea sistolică şi diastolică scad în mod paralel, pentru a se urca după ora 2-a de ipoglicemie, alteori ambele presiuni variază neregulat, alteori ambele scad, cea sistolică ceva mai mult, alteori ambele la începutul şocului se urcă puţin, pentru ca ambele să sufere o urcare bruscă. Modificările tensiunei retiniene urmează foarte neregulat tensiunea umerală, deobiceiu este o ipotensiune retiniană relativă. Tensiunea intraoculară variază puţin.

Dr I. Gavrilă

Fenolemie şi polipeptidemie la titici, de *Garcia Hermandex.* Rev. Medica Cubana 1939, Nr. 10, p. 1013.

Autorul constată în 15 cazuri de febră tifoidă că indicele fenolic este abia mărit şi că polipeptidemia este foarte mărită. Se deduce că fermentaţiunile intestinale sunt reduse, ce explică moderaţia fenolilor. Iperpolipeptidemia probabil să fie datorită unei antolize tisulare din ulceraţiile intestinale şi unei proteolize bacteriene.

Dr. I. Gavrilă

Acţiunea cardiotonică a hormonului tireotrop, de *L. Zens.* Arch. f. Kreisl. Forsch. Nr. 4, 1939, p. 49.

In experienţe pe iepuri autorul a constatat că după injecţiuni de tiroxină se produce o dilatare tonică pură a inimei (ipertrofie), cu dominare pe ventricolul drept. Dacă în locul tiroxinei se injectează hormonul antehipofizartireotrop, se constată acelaşi rezultat, ceva mai redus, adecă ipertrofia inimei cu predominare asupra inimei drepte. Autorul presupune că aceste modificări ar putea fi datorite unei desvoltări anormale a circulaţiei venoase.

Dr. I. Gavrilă

Utilizarea clinică a vitaminei K de *F. Koller.* Schweiz Med. Woch. 1939, p. 1159.

Vitamina K este vitamina de coagulaţie sanguină a lui Dam. Chimic se apropie de nafto-quinon. Autorul a făcut experienţe cu această vitamină la icterici prin retenţie, la cari această vitamină produce o scurtare a timpului de coagulare. Comparativ a utilizat şi 2-metil-1, 4-nafto-quinon şi 2-metil-1-4-diacetil-nafto-hidro-quinon. La 6 bolnavi cu un timp de coagulare prelungit şi cu fenomene de diateză hemoragică, administrarea preparatului în doză de 150—250 mg a readus timpul de coagulare la normal. Se semnalează şi accidente după doze mai mari: vărsături, albuminurie, porfirinurie.

Dr. I. Gavrilă.

Referitor la tratamentul cu Surfen al bolnavilor de difterie şi al purtătorilor de bacili difterici. (Zur Sufrenbehandlung von Diphtheriekranken und Diphteriebazillenträgern) de *Dr. Georg-Dietrich Koehler.* Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 16—1940. pag. 435.

Bazat pe asemănarea Surfenului din punct de vedere al compoziţiei chimice cu pastilele Revasa, autorul a întrebuinţat în ultimul an acest preparat sub formă de gargară şi pensulări la purtătorii de bacili difterici, obţinând în toate cazurile o negativare constantă a frotiurilor.

Intrebuinţarea s'a făcut în modul următor: Pentru gargară se disolvă de 3 ori pe zi o tabletă de Surfen într'o 100 cc. de apă. In cazurile rebele se pensulau amigdalele de 3 ori pe zi, de asemenea mucoasa foselor nasale, iar într'un caz de otită medie difterică s'au făcut spălături ale urechii cu soluţie de surfen. Toate cazurile pozitive s'au negativat după scurt timp. In niciun caz n'a fost nevoie de mai mult ca 2 tuburi à 20 tablete surfen à 0,1 gr.

Bazat pe numărul celor 41 de cazuri tratate cu Surfen, autorul trage concluzia că acest preparat e un antiseptic puternic al mucoaselor faringiene şi nasale, cât şi al urechii, în cazuri de difterie; — iar întrebuinţarea lui n'a desamăgit niciodată speranţele puse în acţiunea lui bactericidă.

Dr. Liviu Modran.

*

CHIRURGIE

Maladia lui Paget, de *Pierre Brocq Layany* şi *Jean Thoyer-Rozat.* Academia de chirurgie din Paris, 10 Ianuarie 1940, pag. 34—41.

Autorii descriu un caz de maladia lui Paget, localizată la femurul stâng. In acest caz autorii au utilizat cu rezultat bun o osteotomie corectoare asupra femurului deformat în mod considerabil. Este vorba de o femee de 42 de ani. Osteotomiile în maladia lui Paget au mai fost făcute, urmate de o consolidară normală.

I. G.

Lacune de osificare a boltei craniene. (Lacunes d'ossification de la voute cranienne) de *Gayrard.* La Presse médicale 1939. Nr. 81—82, pag. 1480.

Autorul studiază lacunele de osificare ale boltei craniene congenitale. Ele sunt bilaterale, simetrice, eliptice, cu axa mare perpendiculară pe sutura sagitală şi sunt localizate pe oasele parietale. Autorul a constatat în multe cazuri caracterul familiar şi ereditar al acestor lacune, în multe cazuri existând în acelaşi timp şi o microcefalie asociată. El admite că a trebuit să intervină o turburare generală, care a oprit desvoltarea individului, ceea ce s'a manifestat prin o interesare a ţesutului osos cranian.

I. G.

Biopsia sinovială. (La biopsie synoviale) de *Paitre, Dubau* şi *Sohier.* Journal de Chirurgie, 1939, Nr. 4—5, pag. 433.

Autorii discută valoarea biopsiei sinoviale articulare în diagnosticul atropatiilor bacilare cu început insidios şi a artritelor reumatice imobilizate timp îndelungat. Biopsie se face numai unde este absolut indispensabilă, deci unde semnele clinice, radiologice, şi testele de laborator nu permit de a face un diagnostic. Era vorba de cazuri suspectate de tuberculoză şi vroiau să obţină o certitudine sau de cazuri condamnaţi la o imobilizare deja de mai multe luni şi unde etiologia tuberculoasă era îndoelnică. Biopsia sinovială n'a compromis întru nimic evoluţia leziunii la tuberculoşi, totuşi se pot instala fistule consecutive, fără inconvenient de altfel. Biopsia se practică cu anestezia locală. Studiul istologic al sinovialei ridicate furnizează date preţioase, însă bacilul Koch este foarte rar găsit. Inoculată la cobai aduce datele cele mai utile.

I. G.

Artrodeze în atropatiile tabetice. (Arthrodèse dans le arthropathies tabétiques) de *Constantini* şi *Kehl.* La Presse médicale 20—23 Martie 1940, pag. 308.

Autorii discută utilitatea artrodozei în artropatiile tabetice. Ei reamintesc, că fracturile la tabetici se consolidează bine şi că nu este nicio raţiune pentru ca aceste articulaţiuni bolnave să nu poată fi anchilozate pe cale operatorie, dacă se are grije: a) de a îngriji în mod prealabil aceşti bolnavi printr'un tratament antisifilitic energic; b) de a încerca de a obţine artrodeza nu aşa

cum se făcea altădată, printr'o simplă rezecţie, ci printr'un grefon d'Albée. Autorii conchid, că niciodată nu trebue aplicată rezecţia, tot aşa nu trebue a se recurge la întrebuinţarea osului „purum" ca şi grefon, ci la un grefon Albée pentru genunche, la un grefon extraarticular pentru articulaţia coxofemorală.

I. G.

*

INFANTILĂ

Sexualitatea, creşterea ponderală şi greutatea în timpul copilăriei şi adolescenţei. (Sexualité, accroissement pondéral et poids pendant l'enfance et la jeunesse) de *P. Nobécourt.* (Paris Medical 1940, No. 49—50, pag. 563)

Autorul studiază influenţa sexualităţii asupra evoluţiei curbei ponderale începând din viaţa intrauterină până la vârsta adultă. La naştere greutatea şi raportul între greutate şi talie la fetiţe sunt inferioare băieţilor, talia la fel este ceva inferioară.

Dela naştere până la 20 de ani creşterea naturală şi influenţa sexualităţii asupra creşterii ponderale, se manifestă în felul următor: în prima perioadă dela naştere la 10 ani băieţii şi fetiţele au aproape aceeaşi creştere ponderală şi aceeaşi greutate In timpul perioadei a doua, dela 10 la 14 ani, fetiţele prezintă un puseu de creştere ponderală pronunţat la 11—12 ani, la băieţi creşterea este mai moderată. In timpul perioadei a treia, dela 14 la 20 ani, greutatea băieţilor este superioară celei a fetelor.

Din aceste cercetări autorul ajunge la concluziunea următoare: în timpul copilăriei şi a adolescenţei există o relaţie evidentă între sexualitate de o parte, creşterea ponderală şi greutate de altă parte, tot aşa ca între sexualitate, creşterea staturală şi talie. Pentru creşterea ponderală ca şi pentru creşterea staturală modalităţile comune la cele două sexe sau cele particulare la fiecare dintre ele par a fi mai degrabă sub dependinţa proprietăţilor câştigate prin ovul în momentul fecundării, atunci când sexul embrionului este deja determinat, a sexului somatic sau genetic, decât sub influenţa hormonilor secretaţi de glandele sexuale în cursul existenţii. *Dr. I. Gavrilă*

Turburări hepatice la copii, de *P. Woringer.* (Schweiz Med. Woch, 1940 No. 14, p. 301.) — Autorul descrie la copii un sindrom al *„Dishepatiei lipigene"*, caracterizat prin un ficat mai mărit independent de orice ciroză, litiază sau de alt sindrom clinic bine definit. Simptomele subiective în aceste cazuri sunt: dureri abdominale survenind în crize, sub formă de greutate în epigastru, colice periombilicale. Survin de preferinţă dimineaţa, după dejun, sau noaptea. Materiile fecale uneori insuficient digerate. Mai există anorexie, cefalee, oboseală intelectuală, nuanţă subicterică. Examenele de laborator nu dau ceva deosebit. După predominarea unui simptom autorul distinge: forme coelialgice, cefalalgice, casectizante Cauza sindromului este de natură alimentară, abuzul de grăsimi, ouă, şocolată, însă intervine şi un factor hereditar. Tratamentul dietetic are un efect bun şi rapid, se suprimă grăsimile complet, se indică un regim bogat în glucide şi cantitate moderată de proteine. *Dr. I. Gavrilă.*

Instilaţiunea intravenoasă continuă în tratamentul stărilor toxice coleriforme. (L'instillation intravenieuse continue dans le traitement des états toxiques cholériforme), de *M. Lelong* şi *R. Joseph.* (Paris Medical, 1940 No. 49—50, pag. 579.)

Autorii au aplicat technica rehidratării masive prin instilaţiunea intravenoasă continuă de ser fiziologic, combinată cu repaus absolut al tubului digestiv (în sindromele coleriforme tipice). De obicei se injectează ser glucozat izotonic, adăogat de o anumită cantitate de ser clorurosodic. Se continuă instilarea până când micul bolnav tolerează absorbţia bucală a unei raţiuni minime de lichid necesar. Viteza de scurgere a serului va fi aproximativ în prima jumătate de oră de 100—150 cm^3 lichid, apoi va fi de 8—10 picături pe minut, cu un debit de 120—150 cm^3 pe kgr. de greutate şi pe 24 de ore. Este necesar ca o infirmieră să supravegheze permanent micul bolnav. Autorii au utilizat metoda în 57 cazuri de sugari, dintre cari 31 au sucombat, deci o mortalitate de 54,4 %. Când copilul se vindecă, ameliorarea imediată este aşa de frapantă, că ea dă impresiunea resurecţiunii unui cadavru. Studiul diurezei este foarte important ca element de prognostic.

Dr. I. Gavrilă.

Tetania prin leziunea sistemului nervos la sugari. (La Tétanie par lesion du système nerveux chez le nourrisson), de *L. Ribadeau-Dumas* şi *J. Charbrun.* (Paris Medical 1940 No. 49—50, pag. 574.)

Tetania este înainte de toate un sindrom clinic de iperexcitabilitate neuro-musculară, deslănţuită de cauze foarte variate. Modificarea umorală mai importantă este ipocalcemia, în ultimul timp mai mare importanţă se dă scăderii calciului ionizat. Autorii dau o serie de observaţiuni, la sugari, unde fenomenele de tetanie erau provocate prin alteraţiuni ale sistemului nervos central: hemoragii meningee dela naştere, piocefalie, hemoragie cerebro-meningee dela naştere, sifilis cerebro-meningeal, malformaţiuni cerebrale cu hidrocefalie, encefalopatie infantilă. In rezumat autorii spun, că tabloul clinic al tetaniei este un sindrom provocat de cauze variate. Printre acestea se constată la copii câteodată alteraţiuni ale sistemului nervos central. Clinic aceste tetanii de origine nervoasă sunt adesea precoce, ele pot apare chiar şi la noii născuţi. Ele sunt grave prin leziunea care le-a dat naştere şi prognosticul lor se opune în gravitate tetaniilor de origine metabolică. In aceste tetanii de origine nervoasă calcemia şi rezerva alcalină par a rămâne normale. *Dr. I. Gavrilă.*

*

NEURO-PSICHIATRIE

Tumora secundară a lobului temporal drept: sindrom melancolic de *L. Marchand* şi *R. Dupouy.* Ann. Med. Psych. Ianuarie 1940.

Autorii prezintă observaţiunea unui caz de melancolie, în debut cu pierdere de memorie, dureri de cap şi dinamism redus.

Hipertensiunea şi albuminoza cu desocierea albumino-citologică din lichidul cefalo-rachidian, au orientat spre o tumoară, deşi nu erau simptome oculare.

La autopsie s'a găsit o tumoră la nivelul părţei posterioare a celei de a 2-a şi 3-a circonvoluţii temporale drepte.

După conţinutul anatomic şi histologic s'a dedus că este o tumoară cerebrală metastatică cu punct de plecare în intestinul gros. De remarcat că tumoara cerebrală metastatică a adus moartea înainte ca cea primară să poată fi diagnosticată.

Dr. Th. Stoenescu.

Un nou semn în leziunile fascicolului piramidal de *Doc. Dr D. Grigorescu.* (Spitalul, Mai 1940).

Autorul descrie un nou semn clinic de diagnostic al leziunilor fascicolului piramidal.

Prin manopera de flexiune plantară bruscă a degetelor în cazuri de alteraţiune a fascicolului piramidal se obţine o extensie dorsală tonică a degetului mare, analoagă cu reflexul lui Babinski.

Acest reflex ar fi mai constant în leziunile fascicolului piramidal decât reflexul lui Babinski, Oppenheim, Gordon, Schaeffer etc., şi are următoarele avantajii:

Manevra de cercetare e foarte simplă.

Indepărtarea factorilor de eroare ce pot influenţa cercetarea semnului lui Babinski.

Existenţa acestui semn în multe cazuri unde Babinski este negativ deşi avem o leziune piramidală (uşoare hemiplegii, — scleroza în plăci).

Dr. Ioan Şerbu.

Epilepsie consecutivă unui tratament prin Cardiazol de *M. Hartemberg*. (Ann Med. Psych. Janvier 1940).

Autorul prezintă un caz de epilepsie consecutivă unui tratament prin cardiazol şi o consideră ca o complicaţiune a acestui tratament, de oarece bolnavul care s'a desvoltat normal până la vârsta de 17 ani, când prezintă schimbări de caracter, n'a avut niciodată semne de epilepsie.

Problema pusă de autor e următoarea:

„Poate fi cardiazolul cauza provocatoare a acestei epilepsii consecutive?"

Dr. Ioan Şerbu.

Tumoara cranio-cerebrală secundară unui epiteliom al ficatului, care a evoluat fără simptome hepatice. Infiltrare canceroasă a ganglionilor hililor pulmonari de *L. Marchand, R. Dupouy* şi *H. Maurice*. (Ann Med. Psych. Ianuarie 1940).

Autorii expun cazul unui şofeur, care în timpul nopţei este deşteptat brusc de dureri brutale cervicale, urmate de lipotimie şi dezorientare tranzitorie. Chiar de a doua zi se instalează două ordine de simptome:

a) Algie intensă cervicală dreaptă şi toracică stângă;

b) Tulburări confuzionale cu caracter oniric profesional — la început cu etape lucide ce au dispărut treptat.

Simptome neurologice de contractură Kernig şi Babinski.

Lichidul cefalo-rachidian cu hipertensiune, hiperalbuminoză şi precipitare de benzoe în zona meningee.

In 3 zile deces.

La autopsie s'a găsit o tumoară osoasă în regiunea occipitală dreaptă cu extensiune chiar în substanţa cerebrală, formând acolo o tumoară cât o nucă.

In jurul tumoarei în pia-mater mai mulţi nuclei neoplazici.

Suprafaţa ficatului cu noduli canceroşi, iar hili pulmonari cu aceleaşi caractere neoplazice canceroase.

Deci o tumoară hepatică cu metastaze infiltrante în ganglionii hililor pulmonari şi osul occipital de unde s'a propagat la lobul occipital, perforând dura şi pia-mater.

Un nou caz de tumoară cerebrală secundară, care a adus moartea înainte ca tumora hepatică să poată fi diagnosticată.

Dr. Th. Stoenescu.

Tratamentul neurologic al distoniilor vegetative. (Die Behandlung der vegetativen Dystonie unter neurologischen Gesichtspunkten) de *Dr. Heinz Köbcke*. Fortschritte der Therapie Jahr. 16. Nov. 1940. Heft 11.

Autorul aminteşte în introducerea lucrării, rezultatele terapeutice optime pe care le-a obţinut în arterioscleroze obliterante şi în angină pectorală prin administrarea preparatului Myoston. Plecând dela premiza, că multe din aşa numitele turburări funcţionale, au la bază un substrat anatomic — şi care pot fi re sau ireversibile, autorul încadrează în acest grup de afecţiuni şi distonia vegetativă. Această distonie o întâlnim mai frecvent la femeie, care după cum ştim este supusă — chiar fiziologic vorbind — la crize hormonale mult superioare celor ale bărbaţilor. Autorul lucrează cu preparatul Doctorului Henning — Thelytin, — care conţine preparate musculare cu acid adenosin-fosforic, (care după Müller reprezintă componentul organic cauzal al distoniei vegetative) şi extracte totale de ovar plus hormon folicular, menite să influenţeze turburările provocate de o insuficienţă ovariană de natură vegetativă. Gremels constată că munca inimii devine mai economică sub influenţa acidului adenosin-fosforic, necesitând mai puţină energie pentru un acelaşi randament, o cantitate din zahărul sanghin fiind direct arsă de preparat. Administrarea Thelytinei îşi are după Köbcke indicaţia în cazurile de distonie vegetativă, care se manifestă prin simptome neurologice ca: migrene, turburări ale reflexelor, parestezii, neuralgii etc. Doza este în funcţie de gravitatea cazului şi de durată, mergând dela 5 până la 20 picături zilnic. Ameliorarea în cazul migrenelor se constată deja după 1—2 săptămâni. Preparatul poate fi asociat cu extracte de ficat sau cu fier şi somnifere uşoare.

Dr. Emil I. Bologa.

Experimentări cu Glyboral în tratamentul epilepsiei. (Erfahrungen mit dem Epilepsie — Mittel Glyboral) de *Dr. Aschenbrenner*. Fortschritte der Therapie 16. Jahrg Nov. 1940. Heft. 11.

De multă vreme se caută un mijloc, care având aceeaşi acţiune preventivă asupra accesului ca aceea a luminalului, să nu producă fenomene secundare neplăcute. Nu demult americanii au lansat, cu mult optimism, Dilantinul, (natrium-difenilhydantoin) al cărei acţiune însă a lăsat de dorit. In Germania s'a fabricat un preparat boric — Glyboral — a cărui acţiune farmacologică este mulţumitoare, fiind lipsit de orice combinaţie barbiturică. Cazuistica este încă redusă, preparatul nefiind cunoscut de medici. Autorul administrează medicamentul la epilepticii, care încă nu prezintă turburări psihice. Din 10 cazuri, în 8 Glyboralul a manifestat o acţiune la fel de binefăcătoare ca a luminalului. Bolnavii se simţeau mult mai bine şi nu prezentau fenomenele de oboseală datorite barbituricelor. Medicamentul nu se poate aplica decât în unele cazuri. Stauder constată că după Glyboral schimbările în sfera psihică a bolnavului ar fi mult mai reduse decât cele ce se produc în urma administrării luminalului. Doza este de 3 ori 1 tabletă zilnic pentru început. In cazul că acţiunea este prea slabă se recurge la Glyboral forte — tablete de 0.03 gr. Dacă şi după Glyboral forte fenomenele nu se amendează recurgem la luminal sau prominal.

Dr. Emil I. Bologa.

*

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Câteva consideraţiuni asupra epiteliomelor urechii externe. (Quelques considération sur les épithéliomas de l'oreille externe) de *J. Reux-Berger et M-ile Jadlovker*. Paris Médical Nr. 24—25. Pag. 298.

Autorii prezintă şi analizează o statistică de 109 observaţiuni, cu epitheliome ale urechii externe. Sunt 82 bărbaţi şi 27 femei. Bolnavii au fost trataţi şi observaţi la Fundaţiunea Curie din Paris. După sediu aceste epitheliome s'au repartizat în felul următor: la pavilion 77 cazuri, la şanţul retro-auricular 9 cazuri, la tragus 10 cazuri, la conductul auditiv extern 11 cazuri, la lobul 2 cazuri. Istologic de 85 de ori au fost epitheliome epidermoide, de 22 ori epitheliome neepidermoide. Recţiuni ganglionare dese în epiteliomele spino-celulare, rari în epiteliomele neepidermoide. Vârsta bolnavilor la cei mai mulţi a fost peste 50 de ani. Ca rezultat al tratamentului se înregistrează 63 decese, 34 în viaţă, 6 în evoluţie, 4 pierdute din observaţie. Mulţi bolnavi înainte de a ajunge sub tratamentul autorilor au suferit deja diferite tratamente repetate, deci în prezent era vorba de recidive în cele mai multe cazuri. Tratamentul a constat fie roentgenoterapie, fie în Curieterapie sau telecurieterapie, câteodată asociată la radiumpunctură şi în fine chirurgie.

Septicimie otogenă; Transfuzie de sânge. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Lar.-Rhinologie. Aprilie 1940), de *E. Wessely*.

Autorul publică cazul unui rănit în vârstă de 20 de ani, în războiul din Polonia, care în urma unor plăgi ale feţii produse de mai multe schije de obuz a făcut şi o otită acută supurată dreaptă cu mastoidită.

Se face antro-celulotomie maximă cu descoperirea sinusului lateral, care are aspect normal. Timp de una săptămână, bolnavul se simte bine, după care temperatura se urcă din nou, fără să se poată preciza cauza. Se face revizuirea plăgii mastoidiene, puncţia sinusală negativă şi totuşi se face legătura venei jugulare. Puncţia lombară negativă.

Starea septică persistă. Se deschide sinusul lateral, se îndepărtează cheagul până sângerează ambele capete. După câteva zile apare totuşi un Kernig evident. Puncţia lombară arată 85 leucocite pe mm. c. Se face o craniectomie timpano-mastoidiană. Dura cerebrală şi cerebeloasă libere. Cu toată chimio-terapia cu prontosil, starea se agravează. In această situaţie disperată autorul recurge la o transfuzie de 400 c. c., cu sângele unui donator în stare febrilă.

Starea gravă începe să dispară a doua zi şi după câteva zile bolnavul intră în convalescenţă.

Cazul apare interesant, după cum spune autorul, pentrucă nu s'a putut cunoaşte precis cauza stării lui septice şi după ce toate posibilităţile operatorii şi medicamentoase au fost epuizate, transfuzia cu sângele unui donator în stare febrilă i-a adus vindecarea. Autorul ajunge la concluzia că transfuzia în septicimiile autogene este foarte valoroasă în cazuri disperate.

Dr. Gârbea

Otita medie supracută, bilaterală, de 8 zile, cu temperatură septică, antrocelulotomie bilaterală, starea septică se menţine. Vindecarea după o transfuzie sanghină. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Lar.-Rhinologie, pag. 689) de *Prof. S Unterberger*.

Cazul descris de autor prezintă de 8 zile o otită medie supurată bilaterală cu ascensiunea temperaturei până la 40°; auzul bilateral redus.

I s'a făcut antrocelulotomie maximă bilaterală cu descoperirea fosei cerebrale şi cerebeloase. Sinusurile şi dura s'au găsit normale. Temperatura post-operatorie se menţine între 36°,5 şi 40°. Lichidul cefalorachidian la examenul citologic conţine 24/3 limfocite. In sânge s'au găsit streptococus hemaliticus pyogenes longus.

Starea s'a menţinut astfel timp de 4 zile, bolnavului i s'a făcut transfuzie sanghină. Temperatura scade brusc şi rămâne la normal.

Plaga post-operatorie până atunci cu granulaţiile palide, devine normală.

Autorul este de părere că în cazul descris, ameliorarea s'a produs mulţumită transfuziei şi o recomandă în asemenea cazuri, când starea septică pare să fie independentă de vreun focar.

Dr. Gârbea

*

DERMATOLOGIE

Contribuţiune la tratamentul dermatozelor în războiu. (Beitrag zur Behandlung von Dermatosen im Kriege.) De *Dr. Mohrmann-Hanovra*. Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 27—1940, pag. 739.

Autorul după ce face câteva consideraţiuni asupra economiei ce trebue să se facă în timp de războiu cu aplicarea alifiilor şi pansamentelor, trece în revistă lucrările lui Schade, Memmesheimer şi Marchionini cu privire la p H. pielii; din ele rezultă că pielea posedă o adevărată mantauă acidă de protecţie, care însă prezintă anumite găuri fiziologice. După cum se exprimă aceşti autori, pielea este un mozaic cu diferite valori ale p H.

După aceea autorul expune observaţiunile sale de mai bine de un an făcute cu preparatul Ekzefug al casei „Dr. August Wolff, Bielefeld", care posedă bune proprietăţi antipruriginoase şi rezorbtive, combinate cu o acidifiere suficientă a pielii. Pe lângă acestea puterea antiparazitară a preparatului măreşte domeniul lui de aplicare în mod considerabil.

Preparatul se prezintă sub forma unei soluţii, care se aplică cu puţină vată sau cu ajutorul unui beţigaş pe piele.

Medicamentul a fost aplicat în următoarele boli de piele: eczema subacută şi cronică, neurodermită, lichen ruber plan şi alte forme de lichen, aproape în toate dermatozele pruriginoase, dermato-micoze şi psorioză.

Din punct de vedere subiectiv, aplicarea preparatului, mai ales datorită acţiunii lui calmante asupra pruritului, este foarte plăcută.

Dr. Liviu Modran

Despre un epiteliom calcifiat al pielii. (Über ein verkalktes Epitheliom der Haut.) De *Prof. Dr. W. Fischer* şi *Prof. Dr. E. Keining, Rostock*. Dermatologische Wochenschrift Nr. 51—1940, pag. 1082.

Autorii expun observaţiunea clinică a unei paciente în vârstă de 22 ani, care s'a prezentat la Clinica Dermatologică din Rostock, pentru o tumoretă pe care o prezenta pe faţa externă a braţului drept, care s'a desvoltat treptat în decurs de o jumătate de an.

Bazaţi pe aspectul morfologic, la examenul clinic s'a pus diagnosticul iniţial de lymphangiom. Spre surprinderea autorilor, la examenul isto-patologic s'a găsit un tablou cu totul diferit.

Acest caz este prezentat tocmai pentru marele contrast între tabloul clinic al leziunii şi aspectul ei istologic, din care reiese o totală discordanţă între diagnosticul macroscopic şi cel microscopic. Din punct de vedere clinic nu putea veni în discuţiune decât o tumoră limfatică atipică, pe când din punct de vedere istologic era tabloul tipic al unui epitaliom calcifiat. Probabil că în urma traumatismului suferit la nivelul braţului s'a produs o rupere a vaselor limfatice dela acel nivel, cari au dat naştere la acea formaţiune chistică de mărimea unei cireşe, ce dădea la palpare sensaţia de fluctuenţă. Iar la baza ei în profunzime se afla tumora calcifiată preexistentă, care a fost descoperită numai cu ajutorul examenului isto-patologic, astfel putând rămâne încă mulţi ani nedescoperită, sau poate chiar pentru toată vieaţa.

Dr. Liviu Modran

Referitor la clinica şi terapia perniosisului. (Zur Klinik und Therapie der Perniosis.) De *Prof. Philipp Keller*. Dermatologische Wochenschrift, Nr. 49—1940, pag. 1041.

Prin lucrările lui Dittrich şi Klingmüller a fost bine precizat tabloul clinic al perniosei. Incadrarea în domeniul acestei afecţiuni a teleangiectaziilor sub forma de camaşine dela nivelul gambelor, se datoreşte mai ales lui Edel şi Allington; — toate cazurile descrise până acum au fost la femei.

Este meritul lui Hopf de-a fi atras atenţiunea asupra marelui rol ce-l joacă frigul în producerea teleangiectaziilor foarte exprimate.

Tratamentul local şi general al perniosei n'a ajuns încă să dea rezultate mulţumitoare. O metodă foarte bună de tratament a fost introdusă de autor, mai ales în cazuri de degerături cu exacerbaţiuni dureroase acute la nivelul mânilor şi picioarelor, în cari se produc bule seroase şi hemoragice, cari uneori pot simula tabloul eritemului exudativ multiform; această metodă constă în administrarea de cylotropin intravenos 5 cm^3 tot a 2-a zi, în total 3—5 injecţii. Bulele se usucă repede, iar durerile dispar. Cylotropina este cunoscută mai ales ca desinfectant al căilor renale

şi conţine cofeină, natrium salicilic şi urotropină; ea a fost folosită prima oară de Hitschmann în eritemul exudativ multiform, unde a obţinut efecte prompte şi regulate. *Dr. Liviu Modran.*

*

VENEROLOGIE

Despre scurtarea duratei tratamentului blenoragei acute a bărbaţilor datorită chemoterapiei. (Über die durch Chemothérapie erreichbare verkürzung der Behandlungsdauer der frischen Männergonorrhoe) de *Medic Maior Dr. Lindemann, Prof. Felke şi Dr. Schleiff.* Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 15—1940, pag. 401.

Fără îndoială toate lucrările cu privire la chemoterapia sulfamidată în blenoragie, recunosc progresul covârşitor pe care aceasta l-a adus în tratamentul gonoreei. Şi nicăiri mai mult ca în medicina de război, rolul sulfamidelor nu apare mai evident, scurtând mult evoluţia bolii şi înlăturând complicaţiile, atât de dăunătoare nu numai individului dar şi capitalului biologic al neamului din care face parte.

Bazaţi pe un material clinic de 742 de cazuri de blenoragie acută, autorii ajung la concluziile următoare:

Un tratament schematic înainte de instituirea chemoterapiei nu e necesar.

Stadiul cel mai potrivit pentru aplicarea chemoterapiei sulfamidate e ziua a 8 a boalei.

Aşteptarea acestei date pentru instituirea sulfamidoterapiei dă rezultate mai bune, decât un tratament schematic imediat.

Pentru blenoragiile vindecate prin această metodă chemoterapeutică rapidă, provocaţiunile după vechea metodă nu mai au rost.

Durata tratamentului după acest procedeu (sulfamidoterapie) este în mijlociu de 20 de zile; deci o scurtare considerabilă a timpului faţă de vechea metodă, când durata medie a tratamentului era de 6 săptămâni în cazurile uşoare şi de 62 de zile în cazurile mai grave.

Dr. Liviu Modran.

*

IGIENĂ

Asistenţa sanitară a tineretului. (Jugendheitspflege.) De *Ministrul Secretar de Stat al Reichului Dr. L. Conti,* Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 16—1940, pag. 421.

Printr'un decret dat în 6 Martie 1940 de către Locţiitorul Führerului, de comun acord cu conducătorul tineretului german şi miniştrii de interne şi instrucţie, s'a instituit organizaţiunea asistenţii sanitare a tineretului, înglobându-se sub această formă şi denumire asistenţa sanitară a şcolarilor cu organizaţiunea sanitară a HJ. (Hitler-Jugend) tineretului hitlerist

Examinările în serie făcute până acum de către organizaţia sanitară a HJ., se vor face de către organizaţia sanitară a tineretului în modul următor: la 6 ani, 10 ani, 14 ani, 15 ani şi 18 ani şi se vor face în toată Germania în acelaş timp.

Astfel: In lunile Ianuarie—Februarie se vor examina cei cari încep şcoala la vârsta de 6 ani

In luna Martie cei de 18 ani.

In Mai-Iunie examinarea celor de 14 ani.

In Octombrie cei de 15 ani.

In lunile Novembrie şi Decembrie cei de 10 ani.

La fiecare vârstă mai sus semnalată, se va insista mai ales asupra factorilor ce prezintă o importanţă specială din punct de vedere medical la acea vârstă.

Prin noua ozganizare medicul şcolar dintr'un simplu funcţionar al serviciului sanitar, devine un educator al sănătăţii şcolarului în şi înafară de şcoală.

Noua organizaţie îşi va putea desvolta întreaga-i menire de abia în timp de pace, când toate lipsurile şi constrângerile impuse de războiu vor dispare. Dar chiar şi în timp de războiu noua organizaţiune sanitară a tineretului prezintă pentru medic un câmp de activitate de o mare importanţă *Dr. Liviu Modran*

*

ENDOCRINOLOGIE

Cantitatea necesară de vitamină C şi hipovitaminoza C; de *Prof. Rietschel Würzburg.* (Klinische Wochenschrift. 1938, pag. 1787).

Autorul afirmă anume că cantitatea zilnică de vitamină C necesară, nu este mai mare de 50—60 miligrame aşa precum susţine Szent-Györgyi, Stepp şi şcoala sa, Wachholder, etc. Dacă minimul necesar zilnic de vitamină C. ar fi 50 mgr., cea mai mare parte a poporului german ar rămâne sub această limită mai ales în timpul iernii şi primăverii, iar alimentaţia armatei germane, în general nu atinge această valoare în timpul întregului an. Cu toate acestea în timp de pace nu s'a observat în armata germană nici un caz de scorbut.

Cele mai întrebuinţate alimente în Germania, cari conţin această vitamină sunt cartofii şi zarzavaturile: ori prin conservare şi prin modul de preparare, conţinutul de vitamină scade mult.

Autorul susţine că cei mai mulţi oameni nu consumă iarna şi primăvara mai mult de 15 mgr. vit. C zilnic. Pentru o raţie zilnică de 50 mgr. vit. C ar fi necesare: 500—1000 gr. cartofi (3—10 mgr. % vit. C) şi 300 gr. varză roşie (8 mgr. %), sau 500 gr. spanac (4 mgr. %), sau 700 gr. conopidă (3 mgr. %) etc. Wachholder care la un regim astfel alcătuit a mai adăugat şi fructe, a ajuns numai la o cantitate de aproximativ 26 mgr. vit. C

Se poate deduce din acestea că în primul rând vit. C. joacă rolul de catalizator — fapt pe care îl susţin mai de mult chimiştii şi fiziologiştii — fiindcă în cantităţi atât de mici nu ar putea fi activă.

Care este cantitatea de vit. C necesară pentru a vindeca scorbutul?

Din acest răspuns se poate deduce încă odată necesitatea zilnică de vitamină C.

Faptele clinice sunt evidente: Tabler la Wiena descrie o epidemie de scorbut în 1917 la copii în vârstă de 2—15 ani; singurul isvor de vitamină C a fost laptele, care s'a adminstrat în cantităţi minimale; cartofii şi zarzavaturile lipseau aproape cu desăvârşire.

Factorii terapeutici cei mai importanţi sunt fructele: merele şi lămâile Un kilogram mere conţine 50 mgr., iar o lămâie 20 mgr. aproximativ de vit. C. De asemenea ceaiul de ace de brad — preparat după tehnica obişnuită — conţine la o ceaşcă 5—10 mgr. vit. C.

Cel mai mare procent de vitamină C îl dau cartofii cruzi preparaţi astfel: se rad, se presează iar zeama rezultată se adaugă la supă sau în sosuri. De asemenea fructele de măceş sunt foarte bogate în vit. C se întrebuinţează sub formă de marmelade sau de infuzie.

In concluzie din alimentaţia zilnică nu vor lipsi: laptele, cartofii, zarzavaturile şi fructele.

Autorul nu consideră ca hipovitaminoze C oboseala primăvăratecă, lipsa de poftă de lucru, caria dentară, paradentoza, trombopeniile.

In patogenia şi evoluţia scorbutului, Prof. Rietschel admite că într'o perioadă de alimentaţie hipovitaminică, trec mai multe luni sau chiar un an până ce scorbutul isbucneşte. Primele şi cele

mai importante simptome sunt modificările gingiilor (Tobler); în stadiul inițial lipsesc complet simptomele generale. Turburările în mers, durerile în membre, la copii indispoziția și tristețea, sunt semne care apar într'un stadiu înaintat

Autorul face o deosebire clinică distinctă între scorbut pe de-o parte și a diateza hemoragică — a boalei lui Werlhof și a purpurei — pe de altă parte.

Hipovitaminoza C e condiționată nu de aportul exogen micșorat de vitamină, ci de utilizarea endogenă deficitară a vitaminei C (Stepp și școala sa, Bruns, etc.).

C. M. Foișoreanu.

Cercetări asupra carenței oculte în acid ascorbic: de *E. Codvelle, H. Simonnet, I. Mornard.* (La Presse Médicale, 1938, Nr. 95).

Lucrare a școalei franceze care reprezintă cercetări cu scopul nu de a evita forma extremă a carenței — scorbutul — ci de a fixa și a da fiecărui individ doza optimă de vitamină C asigurându-i maximum de rezistență față de diferitele boli, în special față de cele infecțioase.

Autorii întrebuințează 2 metode pentru a depista carența.

Testul de carență: proba de decolorare a diclorofenol-indofenolului injectat intradermic (metoda Rotter-Portnoy-Wilkinson[1]) e bazată pe relația care există între cantitatea de acid ascorbic din sânge și viteza de reducere a coloranților. Astfel se injectează intradermic 1/100 cc. dintr'o soluție de diclorofenol-indofenol de 2 mgr. la 5 cmc., și după rapiditatea decolorării se poate aprecia starea de saturație sau de carență a organismului în acest factor. Modificând puțin această tehnică autorii injectează intradermic 1/60 cmc., dintr'o soluție de 80 mgr., la 100 gr., în dermul antebrațului. Reacțiunea se citește și mai ușor. Astfel:

decolorarea în mai puțin de 5' = saturație
„ în timp de . . 5'—10' = echilibru vitaminic
„ în mai mult de 10' = carență ocultă.

In probele de saturație ale organismului: urina se recoltează pe 24 ore într'un vas care conține 35 cmc., acid clorhidric pur (30 cmc. la 1000 cmc. urină) și apoi se dozează cu 2—6 diclorofenol-indofenol.

Autorii întrebuințează pentru acidificarea prealabilă a urinei acid clorhidric pur, conservarea acidului ascorbic conținut în urină fiind perfectă în aceste condiții, pe când acidul tricloracetic utizat în alte metode nu stabilizează decât imperfect acidul ascorbic urinar, o cantitate importantă — cam 12% — fiind distrusă imediat.

După cercetările autorilor rezultă că zeama de lămâie nu prezintă nici un avantagiu asupra acidului ascorbic pur. Importanța practică a acestui fapt este mare: în terapeutica avitaminozei C o mare dificultate este aprovizionarea sau conservarea lămâilor în condițiuni de multe ori defavorabile de timp sau loc.

Autorii nu amintesc alte fructe, nici legumele și nici alți factori cu conținut de vitamină C.

Interesantă este concluzia că doza de 30 mgr. — 50 mgr. pro die — dată de mulți autori ca rație suficientă — este mult inferioră realității. Cercetările lor conchid că trebuințele reale de acid ascorbic sunt de 100 mgr. zilnic; doze chiar mult mai ridicate — ca 500 mgr. zilnic nu dau semne de intoleranță. Dacă ne raportăm la cantitatea de vitamină C necesară (4 portocale zilnic) vedem că cea mai mare parte dintre regimurile alimentare considerate ca normale, sunt departe de a fi satisfăcătoare, fără să mai existe discuții asupra regimurilor colectivităților în timpul iernii.

In baza acestor concluzii autorii propun asigurarea colectivităților (pensionate, armata — mai ales în timp de război, etc...) nu pentru prevenirea scorbutului, ci a deficienței sau carenței oculte, printr'un regim alimentar completat cu factorul C sub formă de acid ascorbic

C. M. Foișoreanu.

1) Vezi Wiener Klinische Wochenschrift 1938, Nr. 7.

Acidul ascorbic un prestadiu al vitaminei C.: *Helge Lund, Erik Trier, Marcus Ottsen, Alf Elmby, Klinische Wochenschrift 1939, pag. 79.* Lucrare din Institutul de Igienă din Copenhaga de sub direcția Prof. Fridericia.

Amintesc mai întâi lucrarea autorilor Lund și Lieck din același Institut: „Determinarea cantitativă acidului ascorbic în serul sanghin" publicată în Klinische Wochenschrift 1937, 555. Principiul acestei metode se bazează pe determinarea cantitativă a acidului ascorbic în serul sanghin, după deproteinizarea serului cu acid tricloracetic, centrifugare și după adăugarea unei soluții tampon alcalină, se titrează cu albastru de metilen la un pH între 2,6—4,0.

In lucrarea de față este vorba de o nouă micrometodă cu albastru de metilen pentru determinarea cantitativă a acidului ascorbic din serul sanghin — a lui Helge Lund și Erik Trier — foarte precisă, rapidă și ușor de executat. Necesită însă o aparatură specială: o sursă de lumină cu dispozitiv de răcire cu apă curgătoare, o biuretă cu pipetă de 0,2 ml. divizată în 1/000 ml. plasată orizontal, pahare de titrare (aparatura este amănunțit descrisă în cele două lucrări mai sus amintite).

Determinarea se face cu 0,1 ml. ser; titrarea se face cu albastru după ce s'a făcut precipitarea cu acetat de plumb care îndepărtează anumite substanțe care împiedecă reacția. O picătură din biuretă corespunde la 0,01 ml. albastru de metilen.

Soluțiile standard:

soluția de precipitare I: sol. Cl Na saturată cu fosfat primar ($K H_2 PO_4$);

soluția de precipitare II: părți egale de acetat de plumb 30% (filtrat) și acid acetic 50%;

albastru de metilen, soluție apoasă (pentru standardizarea soluției se dizolvă la 1 litru apă 8 mgr. albastru de metilen — Merck — apoi se filtrează).

Punerea la punct se face cu cantități cunoscute de acid ascorbic, cari sunt disolvate în apă sau ser: dacă operațiunea se execută cu ser atunci se determină întâi titrul spontan, după aceea titrul după adăogarea unei cantități de acid ascorbic care corespunde unui mgr. la 100 ml. Soluția de albastru de metilen se diluiază atât până ce acidul ascorbic 1 mgr. la 100 ml. ser, reduce 0,1 ml. albastru de metilen.

Calcularea: dacă 1 mgr. acid ascorbic la 100 ml. ser reduce 0,1 ml. albastru de metilen, aceasta însemnează că fiecare 0,01 ml. albastru de metilen corespunde la 0,1 mgr. acid ascorbic la 100 ml. (sau 1/10 gr).

Amestecul celor 2 soluții de precipitare are un pH de 3,10 și acționează ca o soluție-tampon extraordinar de puternică. La 45 de titrări s'a determinat un pH între 3,20 și 3,50.

Mai departe titrările se fac în prezența ionului Clor și fosfat, cari înlesnesc reducerea albastrului de metilen prin acidul ascorbic.

Deosebirea dintre aceste 2 metode este următoarea: metoda Lund și Lieck nu permite titrarea cantitativă a acidului ascorbic adăogat; micrometoda dozează cantitativ acidul ascorbic adăogat și prezintă aceeași reducțiune a acelorași cantități de acid ascorbic, în toate probele de ser.

In concluzie se poate afirma că acidul ascorbic sintetic, nu este identic cu substanța redusă prezentă spontan în ser: prin aceasta se confirmă părerea că acidul ascorbic este un prestadiu al vitaminei C.

La aceleași concluzii au ajuns și Lund și Lieck prin metoda lor tot cu albastru de metilen *C M. Foișoreanu.*

GINECOLOGIE

Transfuziune sanghină în doze mici asociată cu radiumterapie, în tratamentul cancerului uterin. (Le transfuzioni di sangue a piccole dosi asseciata ale cure attiniche nella terapia del cancro del'utero *Prof. Florenzo D'Eschia*. Rev. La Clinica Ostetrica e Gynecologica. Anul XLI, Nr. 7, Luglio 1939, XVII.

Autorul întrebuinţează transfuziunea sanghină în doze mici, asociată cu radiumterapie în tratamentul cancerului uterin şi relevă că ţesutul carcinomatos suferă atarí modificări biochimice de a deveni mai puţin rezistent la acţiunea letală a radiumului. Transfuziunea sanghină se face în cantitate de 50 cmc., alternând cu radiumterapie până la 10—15 transfuziuni. Pentru transfuzie autorul întrebuinţează sânge dela gravide normale sănătoase. S'a constatat prin această metodă că radiumterapia are efecte mai bune nu numai local ci şi la distanţă.

Autorul caută să intre pe cât e posibil în mecanismul acestui fenomen şi crede că diminuarea rezistenţei ţesutului carcinomatos s'ar datori fie faptului că organismul bolnav apărându-se faţă de intrarea în circulaţie de substanţe endocrine străine, prin transfuziunea sanghină ar provoca la rândul lui secreţiunea de noi substanţe endocrine, fie că sumându-se între ele substanţele endocrine ale sângelui gravidei cu cele ale organismului carcinomatos, este inhibită vitalitatea ţesutului neoplasic, făcând în acelaşi timp mai adaptat faţă de acţiunea letală a radiumului.

Pentru ca această terapie să fie accesibilă tuturor medicilor autorul recomandă extracţia tuturor substanţelor endocrine din urina femeilor gravide sănătoase, înlăturându-se astfel căutarea donatorilor de sânge şi tehnica transfuziunei sanghine. Intreaga tehnică s'ar reduce astfel la injectarea de substanţe endocrine extrase din urina femeilor gravide sănătoase după ce aceste substanţe au fost dozate atât din punct de vedere cantitativ cât şi calitativ.

I. Chirca.

Prevenirea şi tratamentul abortiv al flebitelor postoperatorii. *André Chalier (Lyon).* Presse Médicale 1938. Nr. 73.

Lucrare originală care tratează sistematic una din complicaţiile postoperatorii cele mai frecvente, care survine după operaţii abdominale şi perineale dintre cele mai simple adesea şi care are un mecanism încă incomplet elucidat; survine de obiceiu la subiecte trecute de 40 ani, obeze, cu turburări glandulare şi cardiorenale, cu tensiunea subnormală şi circulaţia venoasă defectuoasă, sângele cu o vâscozitate şi coagulabilitate crescute Autorul recomandă:

Precauţii profilactice preoperatorii: să nu se imobilizeze la pat viitoarea operată (în cazurile când e afebrilă şi neinfectată); după examinările preoperatorii necesare se va institui din vreme tratamentul necesar unei hipotensiuni, tachicardii sau aritmii, al coagulabilităţii crescute; de asemenea se va pregăti un teren antiinfecţios de preferinţă cu sulfamide. Se vor lua precauţiuni minuţioase în timpul operaţiei.

Profilaxia postoperatorie se bazează pe constatările preoperatorii; autorul propune ca precauţie capitală *sculatul precoce* care va fi instituit în 9 cazuri din 10, după 48 ore dela intervenţie sau cât mai curând posibil după depistarea primelor semne de flebită. Principiile acestui tratament sunt următoarele: *continuarea şi intensificarea progresivă a sculatului* chiar dacă vom descoperi accelerarea pulsului, ridicarea temperaturii, dureri în pulpe, umflarea gambelor *(în orice caz imobilizarea clasică va fi evitată)*; picioarele patului vor fi ridicate pentru a favoriza în timpul decubitului, circulaţia venoasă; se vor administra tonicardiace şi dacă e nevoie hipertensive, de asemenea anticoagulante ca citratul de sodiu, lipitori, în care timp mişcările vor continua.

Autorul aplică această metodă de 10 ani şi în 2000 operaţii abdominale a avut în total 50 flebite incipiente care au cedat complet după aplicarea tratamentului mai sus descris. In marea majoritate a cazurilor succesul este asigurat după 2—3 zile de tratament, iar în cazurile mai dificile, după 8 zile succesul este acelaşi. Metoda nu va fi aplicată în cazurile în care flebita este confirmată din toate punctele de vedere sau în evoluţie. Autorul n'a avut niciun caz de embolie.

C. M. Foişoreanu.

*

OBSTETRICA.

Infiltraţia simpaticului pelvian în practica obstetricală. *Prof. Jacques Henriet:* **Revue francaise de Gynécologie et d'Obstétrique No. 3 Martie 1938.**

Autorul descrie tehnica personală care este foarte simplă: gravida se aşează în poziţie ginecologică cu coapsele bine flectate pe abdomen; se pătrunde cu un ac lung într'un punct situat deasupra şi înafara comisurei posterioare a vulvei (a labiilor mari), urmărind peretele vaginal; în acelaş timp două degete introduse în vagin servesc ca ghid şi control, până ce atingem fundul de sac lateral unde ne oprim; se adaptează o siringă la ac cu care injectăm 20 cm. dintr'o soluţie de novocaină 1% (fără adrenalină) sau dunacaină 1%. După aceiaşi tehnică se injectează în ambele funduri de sac.

Această infiltraţie novocainică realizează o simpatectomie momentană a plexului pelviperineal; din punct de vedere fiziologic, această infiltraţie n'are nimic comun nici cu anestezia epidurală, nici cu rachianestezia, nici chiar cu anestezia locală.

Indicaţiile acestei uşoare intervenţii sunt: *1. — perineale*, la primipare cu vulva strimtă, la primipare în vârstă şi la multipare cu rupturi anterioare, suturate, cu ţesut cicatricial lipsit de supleţe şi *2. — cervicale*, în cazurile în care după 3—5 ore dela începutul durerilor de facere, dilatarea colului nu progresează, nici după ce am rupt membranele şi lichidul s'a scurs, în toate cazurile în care naşterea prelungindu-se, necesitatea unei intervenţii este iminentă, de asemenea în cazurile în care incizia colului este indicată.

Rezultatele se traduc prin: o supleţe evidentă a planşeului pelvian la care nu se poate ajunge prin nici o altă metodă; o diminuare netă a sensibilităţii perineale, aceasta însă fără ca durerile de expulsie să fie abolite, ci numai micşorate; o accelerare a transitului perineal perioada dela dilatarea completă până la expulsia fătului fiind de 10'—30'; ca rezultat practic, numărul intervenţiilor obstetricale-forceps, epiziotomie, inciziile colului şi rupturile perineale, a fost redus la minimum.

Profesorul Henriot a introdus practica curentă a acestei metode în maternitatea pe care o conduce la Pontarlier, în toate cazurile indicate. N'a avut nici un accident.

C. M. Foişoreanu.

Note şi informaţiuni

Numiri

— Prin Decretul Nr. 158/1941 d-l prof. univ. Dr. Petre Tomescu, a fost numit Ministru Secretar de Stat la Departamentul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

— Prin Decretul Nr. 172/1941 d-l Dr. Iosif Stoichiţia, Inspector General Sanitar, a fost numit în funcţiunea de secretar general la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

— Prin Decretul Nr. 173/1941 d-l Dr. Simion Ţovaru, docent universitar, se numeşte în funcţiunea de secretar general la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

— Prin Decizia ministerială Nr. 92.126 din 7 Nov. 1940, d-l Dr. Ion Cosma, medic primar al judeţului Sibiu, se deleagă pe ziua de 10 Nov. 1940, cu conducerea Inspectoratului General Sanitar din Sibiu.

— Prin Decizia ministerială Nr. 124.756 din 31 Dec. 1940 d-l Dr. Octavian Opreanu, medic igienist la judeţul Sibiu, a fost delegat pe ziua de 9 Nov. 1940, medic primar al judeţului Sibiu.

— Prin Decizia ministerială Nr. 141.177 din 29 Ianuarie 1941, pentru coordonarea şi stabilirea măsurilor pentru profilaxia şi combaterea tifusului exantematic s'a instituit următoarea comisiune:

Dr. I. Stoichiţia, secretar general,

Dr. Gh. Banu,

Prof. Dr. Moldovan, directorul Institutului de Igienă Sibiu,

Prof. Dr. M. Ciucă, subdirector la Institutul de seruri şi vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino",

Prof. Dr. I. Bălteanu, directorul Institutului de Igienă Iaşi,

Medic General Dr. Suhăţeanu, Inspector General Sanitar al Armatei,

Dr. O. Comşa, directorul Institutului de Igienă Bucureşti,

Dr. Cantemir Anghelescu, secretar.

— Prin Decretul-Lege Nr. 359/1941 publicat în Monitorul Oficial Nr. 42 din 19 Februarie 1941 s'a dispus disolvarea Comisiunilor interimare ale Colegiilor medicilor şi numirea unor noui comisiuni. In baza acestui Decret-Lege, prin Deciziunea ministerială Nr. 161.598 din 1 Martie 1941, s'a instituit la Inspectoratul General Sanitar Sibiu următoarele Comisii interimare:

Judeţul Braşov:

Preşedinte: Dr. Căliman, medic şef laborator; Membrii: Dr. Ulpiu Ştefan, medic şef oraş, Dr. Fink Ernest, Dr. Negrilă Valer, medic primar spit., Dr. Flechtmacher junior.

Jud. Făgăraş:

Preşedinte: Dr. Cornea, medic primar spital; Membrii: Dr. Stroia Stanciu, medic primar spit., Dr. Crişan Eugen, medic de oraş.

Jud. Sibiu:

Preşedinte: Prof. Dr. I. Haţieganu; Membrii: Prof. Dr. Alex. Pop, Col. Dr. Ursu Liviu, Dr. Weindel V., Dr. Filipescu Oct., medic prim.

Jud. Târnava-Mare:

Preşedinte: Dr. Ganea Onoriu, medic de oraş; Membrii: Dr. Meltzer F., Dr. Onaca N., medic prim. spital.

Jud. Târnava-Mică:

Preşedinte: Dr. Baican Virgil; Membrii: Dr. I. Dumitrescu, medic primar spit., Dr. Wachsmann Ioan.

— Prin Deciziunea d-lui Ministru al Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale cu Nr. 141.975 din 30 Ianuarie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 30 din 5 Februarie 1941, d-l prof. Dr. V. Niţulescu dela Universitatea din Iaşi, a fost delegat ca Inspector General Sanitar onorific pentru Laboratoarele de igienă oficiale şi particulare de analize.

— Prin Decizia ministerială Nr. 144.259 din 3 Februarie 1941, d-l Dr. Ghizdăvescu C-tin, medic primar al jud. Ilfov, a fost delegat director al Direcţiunei Personalului şi Secretariatului din Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

— Prin Decizia ministerială Nr. 145.895 din 6 Februarie 1941, d-l farmacist diriginte Moga Ştefan a fost confirmat pe timp de 4 ani membru în Consiliul de igienă şi ocrotire al Municipiului Sibiu.

— Prin Deciziunea Ministerului M. S. O. S. Nr. 144.421 din 4 Februarie 1941, pentru coordonarea, organizarea şi îndrumarea pe teren a măsurilor de combatere şi prevenire a tifusului exantematic au fost delegaţi următorii d-ni Inspectori Generali Sanitari pentru Inspectoratele menţionate în dreptul fiecăruia:

1. D-l Inspector General Sanitar Dr. O. Puşcariu, pentru Galaţi şi Constanţa.

2. D-l Inspector General Sanitar Dr. N. Gh. Cădere, pentru Iaşi şi Suceava.

3. D-l Inspector General Sanitar Dr. Gh. Andreescu, pentru Timiş, Alba-Iulia, Sibiu şi Craiova.

— Prin Decizia ministerială Nr. 142 595 din 31 Ianuarie 1941, d-l Dr. Liviu Ionaşiu, medic primar al

Spitalului de boli mintale şi nervoase din Sibiu, a fost reintegrat ca director al acestui Spital, pe ziua de 1 Februarie 1941.

— Prin Decretul Nr. 667 din 14 Martie 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 63 din 15 Martie 1941, s'a făcut următoarea mişcare în corpul medical din serviciile pendinte de Ministerul M. S. O. S.:

D-l Dr. Petre Vlad, fost medic şef al Municipiului Cluj, a fost numit în postul de Inspector General Sanitar central.

D-l Dr. Pompiliu Nistor, medic primar al judeţului Braşov, a fost numit în postul de Inspector General Sanitar al Regiunei Iaşi.

D-l Dr. Ioan Graur, a fost numit în postul de medic primar de boli interne la Spitalul din Beiuş.

D-l Dr. Pintican Ioan, a fost transferat la secţia obstetricală nou creiată la Spitalul din Turda.

D-l Dr. Barbu Bazil, medic al circumscripţiei Sânpaul, jud. Târnava-Mică, şi

D-l Dr. Dumitrescu Dumitru Pârvu, medic al circumscripţiei Dârste, jud. Braşov, au fost confirmaţi definitiv în posturile ce ocupă.

— Prin Decizia ministerială Nr. 164.592 din 6 Martie 1941, d-l Dr. Creţu Miron, al doilea medic primar al jud. Tutova, a fot delegat medic primar al judeţului Braşov.

Posturi vacante

(Monitorul Oficial Nr. 45 din 22 Februarie 1941.)

In conformitate cu dispoziţiunile legale, se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:

Medic şef al Municipiului Bucureşti.

Medic circ. urbană Municipiul Brăila.

Medic circ. urbană Galaţi.

Medic primar al secţiei de copii „Spitalul Elisabeta Doamna", Galaţi.

Medic primar radiolog Spitalul Câmpulung, jud. Muscel.

Medic primar T. B. C. Sanatoriul T. B. C. Săvădisla, judeţul Cluj-Turda.

Medic primar T. B. C. Sanatoriul T. B. C. Tg.-Cărbuneşti, jud. Gorj.

Circ. Stroşti, jud. Argeş; circ. Costeşti, jud. Argeş; circ. Sohodol, jud. Alba; circ. Ponor, jud. Alba; circ. Şugag, jud. Alba; circ. Târnova, jud. Caraş; circ. Avrămeni, jud. Dorohoi; circ. Grămeşti, jud. Dorohoi; circ. Vlăsineşti, jud. Dorohoi; circ. Dumeni, jud. Dorohoi; circ. Bivol, jud. Dorohoi; circ. Hudeşti, jud. Dorohoi; circ. Vârful Câmpului, jud. Dorohoi; circ. Oprişor, jud. Mehedinţi; circ. Titeşti, jud. Muscel; circ. Vrăneşti, jud. Muscel; circ. Tăriceni, jud. Ilfov; circ. Seaca, jud. Olt; circ. Făgeţelu, jud. Olt; circ. Optaşi, jud. Olt; circ. Alămor, jud. Sibiu; circ. Doştat, jud. Sibiu; circ. Săcel, jud. Târnava-Mare; circ. Bichiş, jud. Târnava-Mică; circ. Slobozia Mândra, jud. Teleorman; circ. Bălceşti, jud. Cluj-Turda; circ. Feleacu, jud. Cluj-Turda; circ. Sărmăşel-Gară, jud. Cluj-Turda; circ. Ususău, jud. Timiş; circ. Pungeşti, jud. Vaslui; circ. Herman, jud. Braşov; circ. Tătăruşi, jud. Baia.

D-nii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela data inserării prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial.

Au dreptul să facă cereri de transferare, conform deciziei ministeriale Nr. 85.658 din 31 Octombrie 1940, medicii cari au funcţionat în postul de unde cer transferarea cel puţin un an.

Concursurile de medici secundari

Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în luna Mai 1941, vor avea loc la Bucureşti, Sibiu şi Iaşi, concursurile pentru ocuparea posturilor de medici secundari, vacante la spitalele Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Epitropiei Sf. Spiridon din Iaşi şi Casei Centrale a Asigurărilor Sociale.

Pentru medicină internă şi specialitate de medicină internă

Joi, 8 Mai 1941, ora 9.

La Bucureşti, în localul Ministerului din Calea Griviţei Nr. 64, pentru 53 locuri la spitalele din Oltenia, Muntenia şi Dobrogea.

La Sibiu, în localul facultăţii de medicină, pentru 49 locuri la spitalele din Banat şi Transilvania.

La Iaşi, în localul Epitropiei Sf. Spiridon, pentru 29 locuri la spitalele din Bucovina şi Moldova.

Pentru chirurgie şi specialităţile chirurgicale

Sâmbătă, 17 Mai 1941, ora 9.

La Bucureşti, în localul Ministerului din Calea Griviţei Nr. 64, pentru 30 locuri la spitalele din Oltenia, Muntenia şi Dobrogea.

La Sibiu, în localul facultăţii de medicină, pentru 42 locuri la spitalele din Banat şi Transilvania.

la Iaşi, în localul Epitropiei Sf. Spiridon, pentru 18 locuri.

Au dreptul să se prezinte la aceste concursuri medicii cari îndeplinesc condiţiunile art. 7 şi 8 din regulamentul pentru recrutarea medicilor secundari de spitale, publicat în Monitorul Oficial Nr. 49 din 27 Februarie 1941.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale cererile însoţite de acte şi suma de 1000 lei, cu cel puţin 15 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Concursul constă din următoarele probe:

Pentru chirurgie şi specialităţile chirurgicale:

1. O probă scrisă, compusă din două chestiuni, una de anatomie topografică şi alta de patologie chirurgicală, cari se vor redacta în aceeaşi şedinţă.
2. Două probe clinice de chirurgie.
3. O probă de medicină operatorie.

Pentru grupul medicinei interne şi specialităţile ei:

1. O probă scrisă, constând din două chestiuni, una de patologie medicală şi una de fiziologie normală, care se vor redacta în aceeaşi şedinţă.
2. Două probe clinice de medicină internă.
3. O probă practică de laborator după chestionar.

Fiecare probă se va aprecia cu note. Nota de admisibilitate este de cel puţin 15. Nota se hotăreşte cu majoritatea membrilor comisiunii.

Noul regulament

asupra stagiului studenţilor în medicină în spitalele şi serviciile publice ale Statului

In urma propunerilor făcute de cele trei Facultăţi de Medicină din ţară s'a promulgat şi publicat în Monitorul Oficial Nr. 42 din 19 Februarie 1941 următorul regulament asupra stagiului studenţilor în medicină în spitalele şi serviciile publice ale Statului:

Art. 1. Toţi studenţii în medicină sunt obligaţi să facă un stagiu de două luni în cursul vacanţelor de vară, la unul din spitalele sau serviciile publice ale Statului. De acest stagiu vor fi scutiţi numai internii şi externii spitalelor.

Art. 2. Stagiul începe după anul II şi se face regulat în fiecare vacanţă, inclusiv după terminarea anului VI.

Art. 3. Stagiile după anul II se vor face în servicii de chirurgie, după anul III—IV de preferinţă în servicii de medicină internă.

Stagiul după anul V va fi făcut într'un serviciu public de medicină preventivă, într'un spital de boli infecţioase sau sociale.

Stagiul după anul VI va fi făcut într'un serviciu de obstetrică sau într'un serviciu de chirurgie care are o secţie de obstetrică sau la alte servicii de specialitate.

Art. 4. Facultăţile de Medicină împreună cu Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale vor selecţiona serviciile din ţară, unde se vor face stagiile studenţilor.

Art. 5. Studenţii vor fi repartizaţi pentru stagiu de Facultatea de Medicină de preferinţă în judeţele unde familiile lor îşi au domiciliul.

In acest scop ei vor completa o cerere formular, pe care o vor găsi la Decanat în cursul lunei Aprilie.

Art. 6. Medicii primari şi întreg personalul medical al spitalelor publice vor colabora la instrucţia studenţilor în medicină.

Art. 7. Studenţii sunt obligaţi să respecte legile şi regulamentele Instituţiilor, unde îşi fac stagiul şi datoresc respect medicilor cari se ocupă de instrucţia lor şi sunt datori să prepare chestiunile clinice ce li se vor prezenta.

La sfârşitul fiecărui stagiu, medicul primar va completa o fişă calificativă de frecvenţă şi aptitudini, cari se vor trimite Facultăţii şi se vor anexa la cazierul studentului.

Pentru externii şi internii spitalelor aceste fişe se vor întocmi de medicii primari ai serviciilor în cari funcţionează.

Art. 8. Profesorii Facultăţilor de Medicină şi întreg corpul didactic vor colabora la organizarea instrucţiei practice a studenţilor în cursul stagiului de vară.

In acest scop Consiliile de Facultate vor elabora în cursul lunei Mai un program amănunţit, astfel ca activitatea studenţilor să se desfăşoare după norme unitare şi sub controlul Facultăţilor.

Art. 9. Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale va acorda un ajutor pentru locuinţă şi hrană în spitalele sale studenţilor lipsiţi de mijloace.

— Prin Deciziunea ministerială Nr. 122.978 şi 12.979, publicate în Monitorul Oficial Nr. 2 din 2 Ianuarie 1941, Şcoala Superioară de Asistenţă Socială „Principesa Ileana" şi Institutul surorilor de ocrotire şi caritate „Regina Maria" din Bucureşti trec sub controlul technic al Institutului de Igienă şi Sănătate Publică din Bucureşti.

— In Monitorul Oficial Nr. 10 din 13 Ianuarie 1941 s'a publicat Deciziunea ministerială Nr. 130.891/1941 privind funcţionarea Laboratoarelor de analize medicale.

— Prin Decizia ministerială Nr. 130.490/1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 12 din 15 Ianuarie 1941, s'au stabilit circumscripţiile Laboratoriilor de Igienă din ţară. Astfel Laboratorul de igienă din Alba-Iulia va deservi judeţele: Alba, Cluj-Turda, Hunedoara; Laboratorul de igienă Braşov, judeţele: Braşov, Făgăraş, Trei-Scaune (porţiunea rămasă); Laboratorul de igienă Sibiu, judeţele: Sibiu, Târnava-Mare, Târnava-Mică.

— In Monitorul Oficial Nr. 16 din 19 Ianuarie 1941, s'a publicat Decretul-Lege pentru modificarea unor dispoziţiuni privitoare la salarizarea funcţionarilor publici.

— Prin Deciziile ministeriale Nr. 146.347/1941 şi 146.348/1941, spărgătoarele de fier vechiu şi fontă au fost clasificate în rândul industriilor insalubre de cl. IV-a, iar atelierele şi laboratoriile pentru preparatul cremei de ghete în cl. II-a.

— In Monitorul Oficial Nr. 39 din 15 Februarie 1941, s'a publicat Decizia ministerială Nr. 887/1941 referitor la aprovizionarea instituţiunilor publice cu medicamente şi pansamente.

— Prin Deciziunea ministerială Nr. 149.003/1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 39 din 15 Februarie 1941, s'a aprobat ca Laboratoriile de igienă să prepare persoanelor particulare culturi de baccili tifi murium, pentru stârpirea şoarecilor şi şobolanilor.

— In Monitorul Oficial Nr. 42 din 19 Februarie 1941, s'a publicat Decretul-Lege relativ la modificarea Decretului Lege Nr. 3409 din 8 Octomvrie 1940, privind compunerea Comisiunei administrative de pe lângă Ministerul Sănătăţii.

— In Monitorul Oficial Nr. 49 din 27 Februarie 1941 pag. 1006, s'a publicat tabloul de internii reuşiţi la concursul de internat ţinut în anul 1940 la Ministerul Sănătăţii.

— In Monitorul Oficial Nr. 61 din 13 Martie 1941, s'a publicat concurs pentru un loc de medic secundar specialitatea maternitate la Epitropia Aşezămintelor Brâncoveneşti.

N. R. La pag. 4, coloana a II-a, la art. Prof. Sturza, rândul 18, în loc de „simptome incipiente de compensaţie", se va citi: „simptome incipiente de decompensaţie".

Noua alocaţie de hrană

Deciziunea ministerială Nr. 164.853 din 7 Martie 1941.

Noi, Ministru Secretar de Stat la Departamentul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirile Sociale, având în vedere referatul Direcţiunei Medicinei Curative, având în vedere timpurile excepţionale şi urcarea continuă a preţurilor alimentelor şi pentru a se putea îmbunătăţi hrana bolnavilor din spitale

D e c i d e m :

Art. I. Cota pentru îmbunătăţirea hranei ce se percepe dela bolnavii internaţi la cl. I şi II, se modifică după cum urmează :

Pentru bolnavii de cl. I, această cotă se fixează la 40 lei.

Pentru bolnavii de cl. II, cota se fixează la 20 lei.

Pentru bolnavii de cl. III, cari plătesc taxele de internare ale acestei clase, cota se fixează la 10 lei.

Din aceste cote 75 % va servi pentru îmbunătăţirea hranei bolnavilor şi 25 % pentru cheltuieli mărunte a spitalului, conform Legei. Aceste cote sunt cu caracter temporar şi până la noui dispoziţiuni.

Art. II. Domnii Directori ai Medicinei Curative, ai Contabilităţii şi ai Controlului Financiar sunt însărcinaţi cu aducerea la îndeplinire a dispoziţiunilor din prezenta Deciziune.

Ministru, *Director,*

(ss) DR. TOMESCU. *(ss) DR. GH. ANDRESCU.*

Protecția gestației

în avort iminent și habitual **sterilitate** în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă, **hemoragii** (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

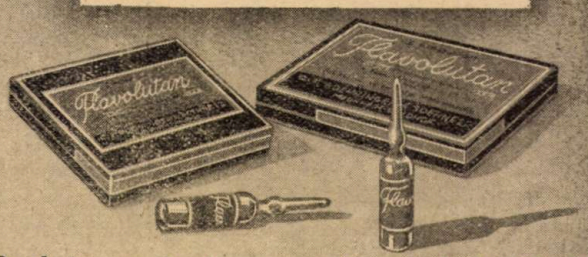
Flavolutan

(Corpul galben disolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole



C.F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., **Mannheim-Waldhof**

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

INDICAŢIUNILE HORMONULUI OVARIAN		PREPARATE PE BAZĂ DE HORMON OVARIAN	HIPO-FUNCŢIUNE OVARIANĂ
PUBERTATE	PUBERTATE ÎNTÂRZIATĂ INFANTILISM UTERIN HIPOMENOREE OLIGOMENOREE DISMENOREE AMENOREE	**I. GYNOESTRYL** PICĂTURI 50 PICĂTURI PE ZI COMPRIMATE 4 PE ZI FIOLE **1000** U. I. 6 PE LUNĂ	UŞOARĂ
MATURITATEA SEXUALĂ	TURBURĂRI MENSTRUALE STERILITATE FRIGIDITATE OBESITATE TURBURĂRI NERVOASE DERMATOSE PRIN HIPO-OVARISM REUMATISM ENDOCRINIAN	**II. GYNOESTRYL 10** FIOLE **10.000** U. I. 3-4 PE LUNĂ	MEDIE
SARCINĂ	VĂRSĂTURI DE SARCINĂ PREMATURI	**III. GYNOESTRYL 50** FIOLE **50.000** U. I. 3-4 PE LUNĂ	GRAVĂ
MENOPAUZĂ	MENOPAUZĂ NATURALĂ CASTRAŢIE CHIRURGICALĂ CASTRAŢIE RADIOLOGICĂ PRURIT VULVAR	**IV. SEDO-GYNOESTRYL** SOLUŢIE 50 PICĂTURI PE ZI	CU SIMPTOME NERVOASE

Se va începe tratamentul 5 zile după sfârşitul regulelor sau după data lor presupusă şi se va înceta cu o săptămână înainte de menstruaţia următoare

LABORATOIRES Dr. ROUSSEL — PARIS

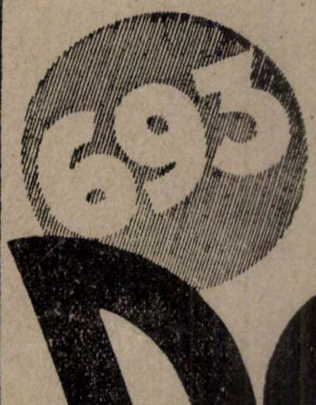
Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA", S. A. R.

103, Strada Toamnei, Bucureşti III. — Telefon 221|38

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOC
MENINGOCOC
GONOCOC
STREPTOCOC
STAFILOCOC



Dagénan

SULFAPIRIDINĂ
α (P.amino-benzen sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50g

doza medie la adult în primele zile:

3 grame, şi mai mult în cazurile grave, şi anume în doze fracţionate de câte o jumătate de comprimat.

ODETTE ZEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC Frres & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

Propaganda Medicală: „SPECIA", Strada Anastasie Simu 6. — Bucureşti.

Anul I. Nr. 4—5. Aprilie — Mai 1941.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu Inspectoratului General Sanitar Sibiu şi al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

BIBLIOTECA ... SIBIIU

DIRECTOR:
Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacţie:
Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACŢIE:
Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. I. Drăgoiu, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Haţieganu, Dr. L. Ionaşiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiţia, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Ţeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj—Sibiu, str. Haller Nr. 1
Telefon 45

SUMARUL:

Articole ştiinţifice:

Prof. Dr. D. Michail, Dr. Lavinia Păcurariu şi Dr. I. Păcurariu: Manifestaţiile oculare ale unor tumori osoase primitive rare interesând baza craniului . . . . Pag. 81
Prof. Dr. G. Buzoianu: Compuşii sulfamidaţi în oto-rino-laringologie . . . . . „ 87
Conf. Dr. I. Gavrilă: Chimioterapia în meningita cerebro-spinală epidemică . . . . „ 91
Dr. V. Secărea şi Dr. Al. Ciplea: Bloc atrio-ventricular complet de origine gripală . „ 96
Dr. Duma Desideriu: Paraplegie corticală prin traumatism accidental al vertexului în regiunea interparietală . . . . . „ 99
Dr. Radu Petru şi Dr. Susan Bartolomeu: Un caz rar de tumora lui Ewing . . . „ 103
Dr. Emil Viciu şi Dr. Octavian Fodor: Sindrom Adams-Stockes reumatismal . . . „ 106
Dr. Traian Petrescu: Hemiplegie survenită în timpul lehuziei . . . . . „ 109

Probleme terapeutice:

Dr. Aurel Moga: Noţiuni noui în tratamentul insuficienţei circulatorii . . . . . „ 111

Medicină preventivă:

Conf. Dr. L. Daniello: Problema tuberculozei în cadrul medicinei şcolare . . . . . „ 114

Probleme sanitare şi de ocrotire:

Dr. I. Stoichiţia: Referat asupra călătoriei pentru studiul organizării sanitare în Germania „ 119
Dr. I. Cosma: Rolul personalului sanitar auxiliar în medicina preventivă . . . . . „ 123
Conferinţa trimestrială a medicilor primari de judeţe şi şefi de municipii din Inspectoratul General Sanitar Sibiu . . . . . „ 125
Anchete medicale la aşezămintele de ocrotire „Vatra Copiilor" Orlat şi „Turnu Roşu" Boiţa „ 129
Conf. Dr. L. Daniello: O secţie turistică în cadrele „Societăţii Ştiinţelor Medicale" . „ 130
Societăţi medicale . . . . . „ 131
Revista cărţilor . . . . . „ 137
Revista revistelor . . . . . „ 140
Note şi informaţiuni . . . . . „ 146

Inscrisă la Tribunalul Sibiu, Secţia II-a, sub Nr. Fl. 47/1941. — Tipografia „DACIA TRAIANĂ" S. A., Sibiu

Spasmoliticul și analgezicul nou

DOLANTIN

clorhidrat de 1 - metil - 4 fenilpiperidină - 4 - etilester carbonic

întrunește proprietăți spasmolitice desăvârșite cu o puternică componentă analgetică cu acțiune similară morfinei. Toleranță perfectă.

DOLANTIN înlocuește în măsură largă atropina și alcaloizii opiului.

DOLANTIN nu posedă efect narcotic.

DOLANTIN se întrebuințează per os și în injecții.

DOLANTIN este indicat în spasmele musculaturei netede, în colici și în diverse stări algice, chiar forme grave.

Tablete: Tub cu 10 și 20 de tablete de 0.20 mgr.
Soluție: Cutie cu 5 fiole de 2 cmc.
Supozitoare: Cutie cu 5 bucăți.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R., București I., Str. Brezoianu 53. Telefon: 3-92.86.

Anul I. Aprilie—Mai 1941 Nr. 4—5

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Articole ştiinţifice

Manifestaţiile oculare ale unor tumori osoase primitive rare interesând baza craniului

de

Prof. Dr. D. Michail, **Dr. Lavinia Păcurariu** Asistent şi **Dr. I. Păcurariu** Asistent

Tumorile primitive ale oaselor sunt în general afecţiuni rare, dar apariţia acestor tumori la nivelul oaselor craniului constitue un fapt cu adevărat excepţional. Având ocaziunea să studiem două cazuri de tumori osoase primitive dintre cele mai rare, plecând dela oasele bazei craniului, dintre care o tumoră cu celule gigante a tavanului orbitei şi un angio-endoteliom al stâncei temporalului, care au provocat interesante tablouri clinice oculare, am crezut util să expunem cu această ocaziune nu numai studiul anatomo-clinic al acestor cazuri care iese cu totul din comun, dar să analizăm în acelaşi timp şi starea actuală a cercetărilor referitoare la aceste probleme tumorale, care în anii din urmă au făcut obiectul a numeroase discuţiuni contradictorii.

Iată deci, în prealabil, studiul anatomo-clinic al cazurilor noastre.

OBSERVAŢIA I — *Exoftalmie dreaptă printr'o tumoră cu celule gigante a tavanului orbitei corespunzătoare.*

Cărăbuş Telia, de 22 ani, se prezintă la Clinica Oftalmologică din Cluj, la 3 Noemvrie 1922, pentru o exoftalmie dreaptă, care ar fi început cu 7 luni mai înainte, însoţindu-se câteva săptămâni mai târziu de o tumefacţie ocupând regiunea supero-temporală a orbitei de aceiaşi parte. Boala ar fi evoluat cu deosebire rapid în ultimele două luni, fără a provoca bolnavei prea mari neplăceri.

Examenul general. Starea generală a bolnavei era mulţumitoare şi examenul său visceral nu ne-a evidenţiat nimic anormal. RW a sângelui său era negativă. Examenul hematologic ne-a arătat că globulele sale sanguine erau în proporţii normale şi că formula sa leucocitară era de asemenea normală. Examenul radiologic al craniului bolnavei ne-a evidenţiat existenţa unui contur neregulat al bazei orbitei drepte şi în acelaşi timp aceea a unei umbre neuniforme, cu aparenţă tumorală, care se proiecta pe fondul aceleiaşi orbite. Examenul rino-faringian al cazului, ca şi puncţia exploratoare a tumefacţiei care ocupa regiunea unghiului supero-extern al orbitei drepte ne-au dat rezultate negative.

Examenul ocular. Ochiul stâng al bolnavei era normal din toate punctele de vedere. De partea ochiului drept am constatat însă existenţa unei tumefacţii emisferice, cu un diametru de 2 cm, care ocupa regiunea coadei sprincenei corespunzătoare. La nivelul acestei zone pielea regiunei era destinsă, cu vascularizaţia mai accentuată, dar cu aspectul normal. Pleoapa superioară dreaptă se găsea în ptoză parţială, iar glanda lacrimală palpebrală subluxată apărea în unghiul extern al deschiderei palpebrale. Deschiderea palpebrală dreaptă era înclinată oblic în jos şi temporal Palparea zonei tumefiate ne-a arătat că aceasta era sediul unei tumori moi, elastice, aderente de unghiul supero-temporal al marginei orbitare şi că marginea osoasă orbitară situată deasupra tumorei era neregulată, festonată, îngroşată, în timp ce de-a-lungul marginei inferioare a tumorei ea era impalpabilă. Pleoapa inferioară era de asemenea destinsă şi mai cutată printr'o accentuată exoftalmie (OD = 23 mm; OS = 8 mm), ochiul drept găsindu-se proiectat înainte, în jos şi nasal, în aşa fel că prezenta o deviaţie strabică convergentă de 10^0 şi o limitare concentrică a tutulor mişcărilor sale (40^0). Tensiunea oculară era la: OD = 14 mm, OS = 24 mm. Schiascopia ne-a arătat că ochiul drept prezenta o ipermetropie de + 3 d., cu un astigmatism ipermetropic orizontal de + 2 d., în timp ce ochiul stâng era emetrop. Astigmometria ne-a confirmat această constatare, arătându-ne la OD: 0^0 = 45 d., 110^0 = 47 d ; OS: 0^0 = 45 d., 90^0 = 46 d. Pupilele erau egale şi reflexele normale. Acuitatea vizuală era la OD = 1/2, iar la OS=1. Examenul oftalmoscopic ne-a arătat că la ochiul drept papila era uşor voalată, congestionată mai ales nasal şi că de partea sa temporală retina prezenta un număr de cute paralele, care la polul superior al papilei erau tangenţiale marginei sale supero-temporale, în timp ce la polul său inferior erau orientate radiat.

La 17 Noemvrie 1922, fenomenele clinice ale cazului pledând pentru o tumoră a bazei orbitei drepte am intervenit operator, practicând rezecţia peretelui supero-extern al orbitei cu evidarea tumorei subperiostale aflate la acel nivel. Operaţia am executat-o făcând o incizie cutanată semilunară, având convexitatea tangenţială marginei externe a orbitei, cu ajutorul căreia am circumscris neoplazia. Am denudat apoi margina externă a orbitei

care era neregulată, erodată şi am căzut imediat sub această margine şi în unghiul supero-extern al orbitei pe o tumoră moale, gălbue-rozată, friabilă, pe care am enucleat-o cu ajutorul degetului. Tumora era situată între scheletul orbitei şi periostul său, era deci subperiostală, iar conţinutul orbitei era numai comprimat în jos şi înăuntru, dar nu era invadat de ea. Cu degetul am constatat că pereţii extern şi superior ai orbitei erau erodaţi şi friabili, iar cu ajutorul pensei muşcătoare de oase am rotunjit fereastra osoasă creată de tumoră, putând observa în fundul său pulsaţiile durei mater, a cărei suprafaţă era rugoasă.

La 16 Decemvrie 1922 plaga operatorie era închisă, iar locul ei era luat de o cicatrice uşor retractilă. Globul ocular şi-a reluat situaţia normală, iar examenul oftalmoscopic ne-a arătat dispariţia cutelor retiniene de compresiune. Bolnava a fost supusă ulterior röntgenterapiei.

Examenul anatomo-patologic. Studiul istologic ne-a arătat că tumora extirpată era alcătuită dintr'o bogată masă de celule mici, rotunde, stelate sau fusiforme, în care se afla presărată o mare mulţime de celule gigante de dimensiuni foarte mari (Fig 1), cu

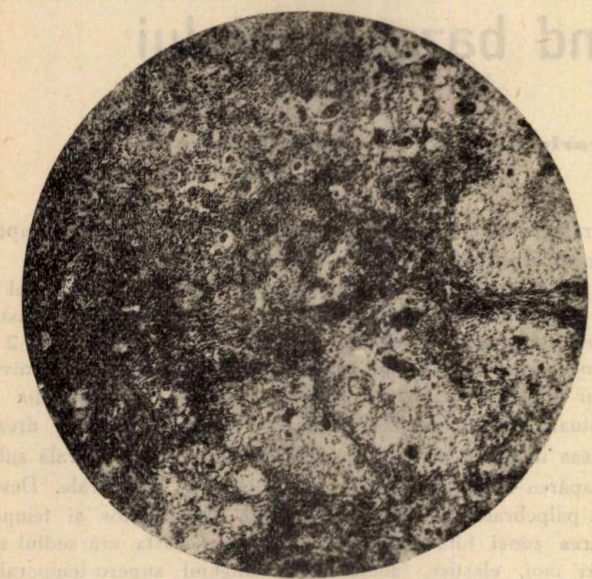


Fig. 1. — *Tumoră cu celule gigante a tavanului orbitei.* Infiltraţie bogată cu celule gigante a neoformaţiei (Obs. I).

nucleii aşezaţi de preferinţă într'o grămadă centrală, iar alteori în semicerc sau coroană periferică şi că tumora era vascularizată prin vase de diferite calibre, având toate un simplu perete endotelial. In mijlocul acestei mase tumorale omogene se găseau insule mai clare alcătuite, unele dintre ele, dintr'o reţea celulară cu aspect mixomatos (Fig. 2), iar altele din grămezi celulare cu aspectul balonat, spumos, al celulelor xantomatoase (Fig 3). Alături de aceste insule şi de cele mai multe ori chiar în mijlocul lor se găseau şi focare necrotice uneori miliare, iar alteori de dimensiuni apreciabile.

Analiza clinică a cazului expus ne arată prin urmare că bolnavul a prezentat o tumoră pur osoasă, care s'a desvoltat lent, sub periostul peretelui superotemporal al orbitei, distrugând pe loc substanţa osoasă până la meninge şi provocând fenomene de exoftalmie fără localizări metastatice. Examenul său istologic ne-a arătat pe de altă parte că această tumoră era alcătuită dintr'o masă compactă de celule mici, printre cari se găseau presărate numeroase celule gigante mari şi încrustări de insule cu celule de aspect uneori mixomatos, iar alteori xantomatos, prezentând deseori focare centrale necrotice. Aspectul clinic şi cel istologic al tumorei au pledat astfel pentru existenţa unuia dintre cele mai benigne sarcome osoase, adică a aşa zisului

Fig. 2 — *Tumoră cu celule gigante a tavanului orbitei* Insulă mixomatoasă în mijlocul neoformaţiei (Obs. I).

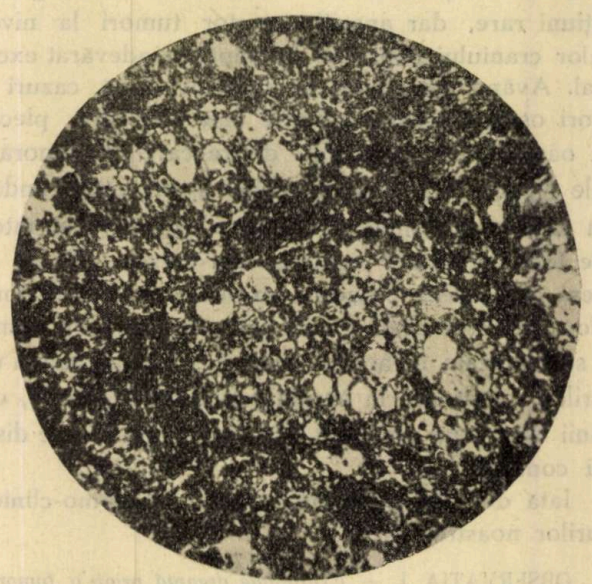
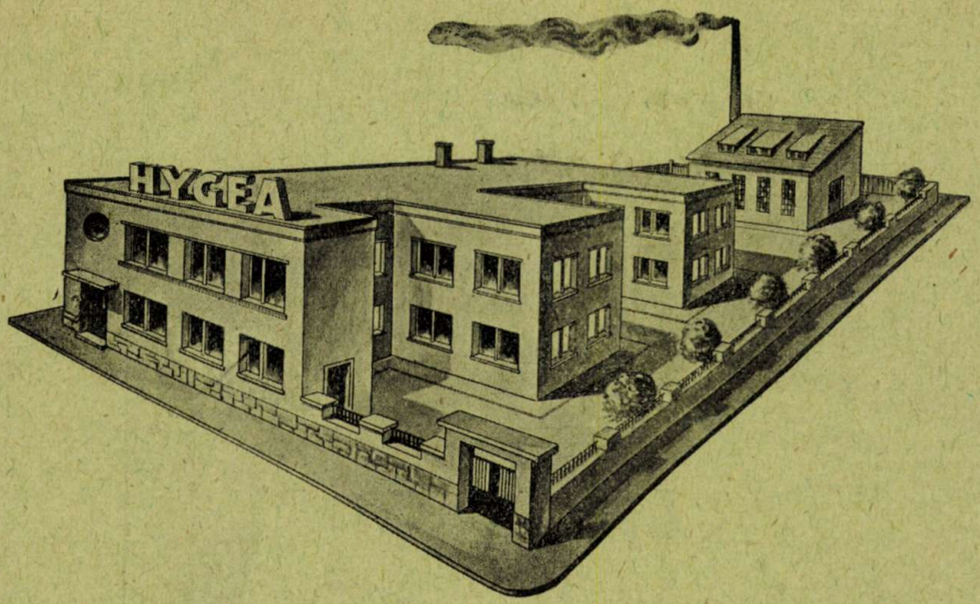


Fig. 3. — *Tumoră cu celule gigante a tavanului orbitei.* Insulă cu celule spumoase, xantomatoase în mijlocul neoformaţiei (Obs. I).

sarcom osos cu celule gigante, pe care unii dintre autorii francezi cu *Masson* l-au numit sarcom osteoclastic, iar alţii cu *Nelaton* l-au întitulat sarcom cu mieloplaxe, în timp ce autorii englezi l-au numit sarcom mielogen sau mieloid, pentru ca autorii germani să-l cunoască sub numele de Riesenzellensarkom. Cercetările din ultimul timp au arătat însă că leziunile scheletice cunoscute sub numele de sarcome cu celule gigante se pot clasa în trei grupe, şi anume :

a) Grupa osteitei fibroase, în care leziunile osoase neoformative giganto-celulare sunt de caracter pur inflamator ;



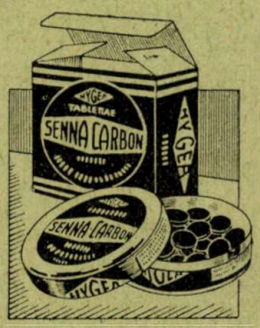
CLUJ

MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-aethanol-dioxybensol-formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor parazitare

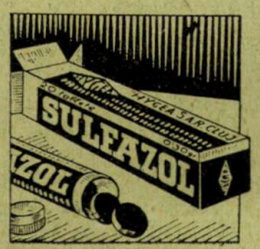


SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. phoeniculi
Ol. menthae

**Gastrite,
Gastro-enterite
Intoxicaţiuni alimentare,
Constipaţii**



SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfamido-chrisoidină
0,10 p-Aminobenzen-sulfamidă

**Septicemii
Boli infecţioase**

HYGEA

HYGEA, S. A. R. CLUJ

FABRICĂ PENTRU PRODUSE CHIMICE ŞI FARMACEUTICE

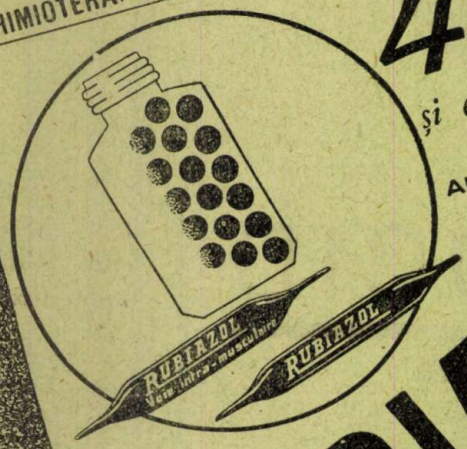
BUCUREŞTI, Splaiul Unirii 127

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCIILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL

COLORANT AZOIC

este

CEL MAI ACTIV și COMPLECT ATOXIC

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole

LABORATOIRES Dr R DU Dr. ROUSSEL-PARIS

Eşantioane Medicale şi literatură la:

Reprezentanţa generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREŞTI, III

Telefon 221.38

b) Grupa epulisului, în care neoformaţia gigantocelulară interesează mai mult gingiile şi periodonţiul alveolar decât însuşi scheletul, şi

c) Grupa tumorei cu celule gigante.

Asupra acestei ultime grupe de manifestaţiuni osoase neoformative, în care intră şi cazul nostru personal, s'au ivit în anii din urmă numeroase discuţiuni contradictorii, care au urmărit să stabilească dacă această aşa zisă tumoră cu celule gigante este cu adevărat un neoplasm, sau un produs al unui proces inflamator şi reparator.

O serie de autori ca *Mallory, Codman, Barrie* şi *Kolodny* în America, *Lubarsch* şi *Konjetzny* în Europa susţin cu argumente serioase că în realitate tumora cu celule gigante nu are comun cu neoplaziile decât numai titlul său de tumoră, care trebue să fie luat mai mult într'un înţeles clinic decât structural şi că această neoformaţie este o manifestaţie de ordin pur inflamator cronic şi granulativ. In adevăr, din punct de vedere clinic această neoformaţie nu are niciodată tendinţa la formarea de metastaze şi prezintă din contră o tendinţă spontană sclerozantă, rèparatoare, sau o evoluţie accentuat benignă consecutivă curetajului şi röntgenterapiei, întocmai ca şi în cazul nostru personal. Intru cât priveşte aspectul său istologic, acesta ar pleda de asemenea pentru un proces inflamator din cauza absenţei pleomorfismului celular, a ipercromatismului nucleilor în general, a lipsei mitozelor excesive, a dispoziţiei centrale şi ipercromatismului nucleilor celulelor gigante, a relaţiei acestor celule cu extravasatele indicând rolul lor rezorbtiv şi a diferenţierii stromei neoformaţiei într'un ţesut dens, fibros, sărac în celule.

De notat din punct de vedere clinic este că această neoformaţie apare solitară, predominant la femei, la vârsta de 15—25 ani, şi are o evoluţie lentă, de lungă durată cu menţinerea bunei stări generale a bolnavului, fapte care sunt confirmate de altfel în totul şi de cazul nostru personal.

Tot din punct de vedere clinic *Kolodny* insistă asupra împrejurărei că afecţiunea interesează în special extremităţile inferioare ale oaselor membrelor, şi anume : pe acelea ale membrelor inferioare în proporţia de 56 % a cazurilor (de preferinţă femurul), iar pe cele ale membrelor superioare în proporţia de 23 % a cazurilor (de preferinţă radiul). In restul celorlalte 21 % a cazurilor afecţiunea interesează în ordine descrescândă a frecvenţei : maxilarele în 9 % a cazurilor, coloana vertebrală în 8 % a cazurilor, apoi în restul cazurilor oasele basinului şi ale umărului. Cazul nostru apare din acest punct de vedere cu totul aparte, deoarece este primul în care se notează localizarea procesului la baza craniului, la nivelul porţiunii orbitare a osului frontal.

Din punct de vedere istologic insistăm asupra faptului notat în studiul observaţiei personale expuse mai sus că, alături de celulele stromale şi de abundentele celule gigante, mai încrustau masa neoformaţiei osoase orbitare şi numeroase insule cu aspect celular xantomatos şi mixomatos, prezentând unele dintre ele focare necrotice centrale. Această constatare ne îndeamnă să amintim faptul că, la sugestia lui *Ewing* s'a căutat să se diferenţieze mai multe varietăţi istologice ale tumorilor cu celule gigante. S'a individualizat astfel : o formă xantomatoasă, cu grămezi de celule „spumoase", grase (foam cells), care dau tumorei o culoare gălbue, pe care a prezentat-o în bună parte şi neoformaţia cazului nostru ; o formă mixomatoasă, caracterizată prin prezenţa unor celule fusiforme şi stelate aşezate într'o substanţă fundamentală mucoasă, pe care am găsit-o într'o mică parte asociată în cazul nostru cu forma anterioară ; o formă teleangiectazică, în care vascularizarea neoformaţiei ia caracterul unui sistem sinusoidal reticulo-endotelial, amintind un burete sanguin, însoţit de emoragii, coaguli sanguini, pigmentaţie hematică şi formaţiuni chistice, care au lipsit în cazul nostru, în care nu am găsit decât zone necrotice, care ar fi putut să fie preludiul unor formaţii chistice şi, în fine, o formă cu insule cartilaginoase, care uneori poate sugera aspectul istologic al mielomelor şi în care nu este rar să apară zone de calcifiare. Cazul nostru demonstrează că nu este exclus ca de multe ori să se găsească reunite în aceiaşi neoformaţie mai multe din aceste variante istologice ale tumorei cu celule gigante şi mai confirmă în acelaşi timp constatarea mai veche a dificultăţilor pe care poate să le întâmpine diagnosticul acestei afecţiuni nu numai din punct de vedere clinic, dar chiar şi din punct de vedere istologic, deoarece în astfel de cazuri examenul biopsic nu poate să fie decisiv decât dacă cuprinde toate părţile neoformaţiei, nu numai segmente izolate din ea. Din acest punct de vedere, regretul exprimat de *Platon*, când spune că : „este deplorabil că examenul microscopic permite în astfel de cazuri uneori numai un diagnostic probabil", este cât se poate de justificat.

O discuţiune interesantă a stârnit tot din punct de vedere istologic chestiunea originei şi importanţei celulelor gigante din această tumoră. *Mallory* susţine astfel că celulele gigante nu ar constitui o parte integrantă a tumorei, ci numai o reacţie biologică a mononuclearelor mari ale sângelui, a aşa ziselor leucocite endoteliale, care ca o reacţie la absorbţia sărurilor de calciu ale osului ar suferi o coalescenţă a cărei rezultat ar fi tocmai alcătuirea celulelor gigante. Ele ar constitui astfel nu o parte esenţială a tumorei, ci un produs colateral în legătură cu substanţa osoasă distrusă. Când nevoia locală de celule gigante trece, ele ar avea tendinţa să se dividă în elementele celulare

componente, sau să sufere modificări regresive care duc la moartea lor. *Lubarsch* pe de altă parte privește celulele gigante ale tumorei ca fiind de origină endotelială și provenind din muguri vasculari abortivi. In sprijinul acestei concepții el citează faptul relației strânse dintre celulele gigante cu endoteliul vascular și deasa căptușire a spațiilor sanguine cu celule gigante. Această concepțiune reprezintă de altfel teoria istogenetică admisă curent astăzi cu privire la origina celulelor gigante ale tumorei.

Nu mai puțin discutată este patogenia tumorei cu celule gigante. După cum am arătat deja, o parte dintre autori admit natura neoplazică a acestei neoformații. *Masson* consideră astfel această tumoră printre cele mai frecvente manifestațiuni neoplazice sarcomatoase ale oaselor și citează ca formă obicinuită a acestei tumori epulisul. Alți autori au citat cazuri de tumori cu celule gigante care ar fi dat metastaze pulmonare, urmate de moarte, dar s'a constatat că leziunile pulmonare nu semănau cu leziunile tumorei cu celule gigante, ci erau atipice, iar în cazurile mortale de tumori cu celule gigante nu s'a putut dovedi existența metastazelor. S'a mai spus de asemenea că raclajele repetate ale tumorei ar fi reușit în câteva cazuri rare să transforme tumora cu celule gigante într'o neoplazie osoasă malignă, capabilă să provoace metastaze mortale și s'a zis în consecință că o asemenea posibilitate ar dovedi că în realitate tumora cu celule gigante ar fi o neoplazie și nu o reacție de reparație după o inflamație. *Codman* însă vede în această neoformație un proces reparator care urmează unei emoragii intra-osoase și nu un neoplasm, cu toată tendința afectiunei de a forma tumori, uneori de o mare expansivitate. *Konjetzny* și *Lubarsch* admit de asemenea că această tumoră este rezultatul unui proces proliferativ provocat de emoragiile intramedulare.

In legătură cu această ultimă concepție patogenică s'a invocat rolul etiologic al traumatismului în producerea tumorei cu celule gigante, citându-se apariția acestei tumori la nivelul maxilarelor în urma extracțiilor dentare și insistându-se asupra faptului că importante din punct de vedere etiologic ar fi tocmai microtraumatismele. Dar oricât de sugestivă ar fi această explicație, nu putem uita totuși procentul redus al tumorilor osoase cu celule gigante față de frecvența accentuată a traumatismelor osoase în general, încât suntem nevoiți să admitem că înafara factorilor provocatori citați, trebue să mai existe și alții încă necunoscuți.

Chestiunea terapeuticei tumorei cu celule gigante a constituit de asemenea o preocupare a autorilor care au studiat această neoformație. Se citează din acest punct de vedere posibilitatea apariției unor vindecări spontane, prin osificarea părței periferice a tumorei și formațiunea de chiste în zona sa centrală. In majoritatea cazurilor s'a intervenit însă chirurgical prin amputații, rezecții parțiale, iar în timpul din urmă aproape exclusiv prin curetaj simplu, sau combinat cu terapeutica iradiantă, care ar da rezultate terapeutice pline de succes. Cu același succes am aplicat de altfel curetajul urmat de röntgenterapie și în cazul nostru personal. O obiecțiune serioasă care se aduce curetajului, mai ales când este urmat de drenaj, constă în faptul că poate favoriza infecțiunea, care devine foarte gravă pentrucă duce la septicemie mortală, ca și emoragiile. In timpul din urmă s'a aplicat röntgenterapia și radiumterapia ca mijloace terapeutice primitive în locul tratamentului chirurgical. S'a constatat că în urma acestei terapeutice tumora cu celule gigante reacționează în două faze. Intr'o primă fază, negativă, care durează 3—4 luni, tumora crește rapid, luând aspectul unui sarcom malign, pentru ca într'o a doua fază, pozitivă, să se producă os nou, care repară pierderea suferită.

Ar fi mai recomandabilă din acest punct de vedere röntgenterapia față de radiumterapie, iar rezultatele obținute ar fi cu atât mai favorabile cu cât bolnavul ar fi mai tânăr și leziunea mai superficială.

OBSERVAȚIA II. — *Paralizie facială dreaptă cu lagoftalmie, paralizia primelor două ramuri ale trigemenului drept cu erupțiuni zosteriforme și cheratită neuro-paralitică, paralizia pneumo-spinalului și a hipoglosului drept, stază papilară stângă, consecutive unui angio-endoteliom al stâncei temporalului extins la mastoida și masivul facial drept.*

Debre Tiberiu, de 11 ani, vine la Clinica Oftalmologică din Cluj, la 25 Ianuarie 1940, pentrucă din Octomvrie 1939 a observat că nu mai poate fluera și pentru că în timpul somnului rămâne cu ochiul drept deschis. La două luni după aceste fenomene, în Decemvrie 1939, copilul începe să aibă puternice dureri auricular drepte, cu iradiațiuni frontale, temporale și occipitale, însoțite de pierderea auzului de aceiași parte, pentru care este internat în Clinica oto-rino-laringologică, unde i se pune diagnosticul de otită medie dreaptă și i se face paracenteza timpanului, în urma căreia durerile auriculare dispar, spre a perzista numai surditatea corespunzătoare. O altă lună mai târziu, la 9 Ianuarie 1940, copilul prezintă o erupție veziculoasă, urmată de ulcerațiuni acoperite de cruste, localizate la nivelul jumătății drepte a feței, însoțită de o scădere foarte accentuată a vederei ochiului de aceiași parte, datorită unei opacifieri ulcerative a corneei (Fig. 4). In această stare bolnavul se prezintă la Clinica oftalmologică la 25 Ianuarie 1940, unde constatăm prezența unor fenomene paralitice multiple localizate: la nervul facial sub aspectul lagoftalmiei paralitice, la nervul auditiv sub aspectul surdității și la primele două ramuri ale trigemenului sub aspectul hemianesteziei faciale drepte, a cheratitei neuro-paralitice și a erupțiunei cutanate zosteriforme faciale drepte.

Examenul visceral al bolnavului ca și acel al RW a sângelui său au fost negative. Examenul radiologic al craniului a evidențiat pneumatizarea normală a mastoidei drepte, însoțită de o decalcifiare a septurilor sale intercelulare și o decalcifiare foarte accentuată a stâncei temporalului drept. In fața accidentelor paralitice multiple ale bolnavului, a antecedentelor sale auriculare și a examenului radiologic pozitiv al craniului său, ajungem la convingerea că avem de a face cu o otită medie supurată dreaptă,

complicată cu o petrozită şi cu accidente paralitice corespunzătoare nervilor cranieni care au contact mai intim cu stânca temporalului. Clinica oto-rino-laringologică fiind consultată din nou la această dată, emite părerea că ne aflăm în realitate în faţa unei zone cefalice, cu localizare pe mai mulţi nervi cranieni. O altă lună mai târziu însă, la 25 Februarie 1940, copilul începe să

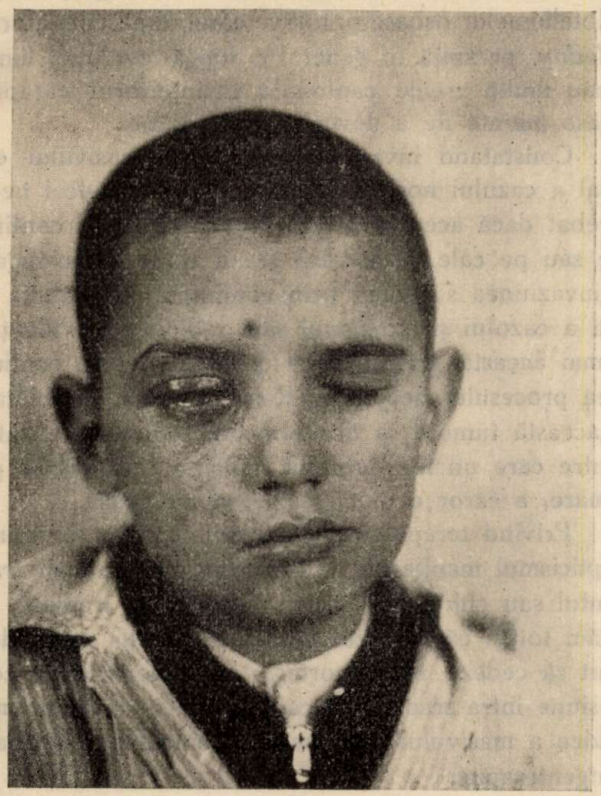


Fig 4. — *Angio-endoteliom al stâncei temporalului drept cu manifestaţiuni oculare.* Aspect clinic. (Obs. II.)

prezinte o stare generală rea foarte alarmantă, caracterizată prin cefalalgii intense, vărsături, atonie gastro-intestinală, bradicardie, scăderea acuităţii vizuale a ochiului stâng rămas până atunci normal, însoţită de aspectul oftalmoscopic al stazei papilare cu emoragii retiniene peripapilare, hemipareza dreaptă a vălului palatului, traducând paralizia pneumo-spinalului, cu hemipareza dreaptă a limbii, indicând paralizia hipoglosului, o sensibilitate foarte accentuată la presiune a regiunei mastoidiene drepte şi o tumefacţie progresivă de partea masivului osos facial drept. In faţa acestei noi evoluţii a cazului menţinem diagnosticul nostru iniţial de otită medie supurată dreaptă cu petrozită şi paralizii multiple consecutive ale nervilor cranieni şi bănuind extinderea endocraniană a procesului inflamator, sub forma unui abces subdural, sau chiar a unui abces al lobului cerebral corespunzător, facem indicaţia unei trepanaţii mastoidiene de urgenţă, care şi este executată în colaborare cu clinica oto-rino-laringologică (D-l Prof. Buzoianu). In cursul intervenţiei nu am putut să evidenţiem existenţa nici unui focar supurativ mastoidian, dar am fost izbiţi de abondenta emoragie osoasă a regiunei. In cursul intervenţie am ajuns până la meninge şi am reţinut un fragment osos pentru examenul istologic. In zilele următoare intervenţiei starea generală a bolnavului s'a ameliorat progresiv, fenomenele de compresiune ale nervului optic stâng au dispărut, iar vederea acestui ochi a revenit la normal, pentru ca să continue să progreseze numai tumefacţia masivului osos facial drept, pentru care am indicat aplicarea röntgenterapiei, în urma căreia tumefacţia facială a regresat sensibil. La patru luni după intervenţie, adică în Iunie 1940 şi după o primă serie de şedinţe röntgenterapice, bolnavul se prezintă cu o stare generală foarte bună, cu suprimarea fenomenelor de compresiune intracraniană, cu dispariţia stazei papilare stângi şi revenirea la normal a vederei sale, dar cu persistenţa tuturor fenomenelor paralitice ale nervilor cranieni interesaţi anterior. Datorită acestei împrejurări am şi fost nevoiţi în timpul din urmă să practicăm bolnavului o blefarorafie totală dreaptă, spre a-i evita accidentele de cheratită neuroparalitică, care ameninţau să se agraveze prin lagoftalmia paralitică.

Examenul anatomo-patologic. Studiul istologic al fragmentului osos extras din regiunea mastoidiană dreaptă în cursul operaţiei ne-a arătat că această regiune era sediul unei foarte întinse proliferări vasculare, care la prima impresie se prezenta sub aspectul unui angiom osos. Acest fapt ne-a explicat astfel abondenta emoragie pe care am constatat-o în timpul trepanaţiei mastoidiene. Am mai constatat încă că, această proliferare vasculară osoasă era însoţită pe de o parte de o activă proliferare endotelială, care căptuşea interiorul vaselor neoformate, fie sub forma de bande (Fig. 5), fie sub aspectul de monticuli, iar pe de altă parte

Fig 5. — *Angio-endoteliom al stâncei temporalului cu manifestaţiuni oculare.* Proliferare vasculară osoasă, cu proliferarea în bandă şi monticuli a endoteliului vascular (Obs. II).

de prezenţa între canalele vasculare a unor cordoane celulare cu acelaşi aspect endotelial, care păreau a fi proliferări extravasculare ale endoteliului aceloraşi vase neoformate (Fig. 6). Imagina istologică a cazului reproducea deci în totalul său aspectul unui angio-endoteliom al stâncei, cu extensiune intracraniană şi fenomene de compresiune nervoase corespunzătoare, cât şi cu extensiune extracraniană de invadare a masivului osos facial drept.

Aruncând o privire generală asupra evoluţiei anatomo-clinice a cazului expus mai sus, ţinem să insistăm asupra dificultăţilor reale pe care le-a întâmpinat precizarea diagnosticului său. Cazul a început, în adevăr, sub aspectul otitei medii, pentru a evolua apoi sub falsul aspect al unei zone cefalice, reluând apoi aspectul otitei medii supurate, complicate cu petrozită şi cu fenomene paralitice ale mai multor nervi cranieni, pentru a fi clarificat definitiv graţie numai examenului isto-

logic, care a evidenţiat că în realitate pacientul suferea de un angio-endoteliom al stâncei temporalului cu extensiune intra- şi extracraniană şi cu fenomene de compresiune nervoasă corespunzătoare.

Relevând natura angio-endoteliomatoasă a tumorei cazului nostru, ne-am întrebat dacă ea a avut un caracter osos primitiv, sau a fost secundară unei

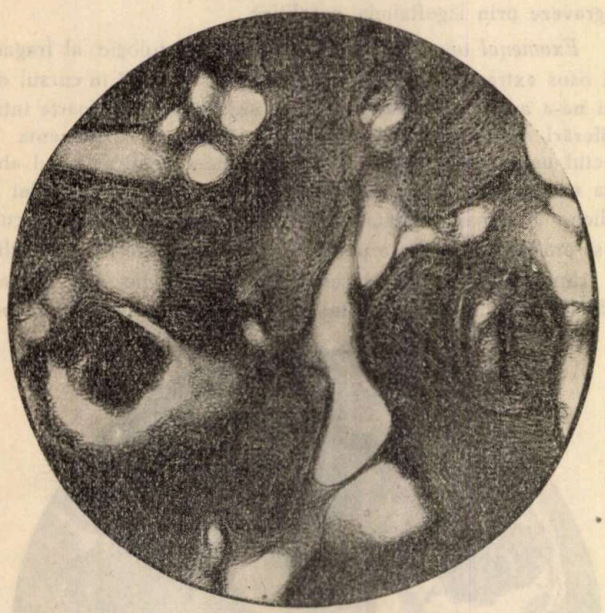


Fig. 6. — *Angio-endoteliom al stâncei temporalului cu manifestaţiuni oculare.* Proliferare vasculară osoasă, cu proliferare extravasculară în cordoane a endoteliului vascular.

neoformaţii pornite dela endoteliul meningeal şi am ajuns la convingerea că neoformaţia trebue să fi fost primitiv osoasă. In sprijinul acestei convingeri putem aduce argumente de ordin clinic şi radiologic. Din punct de vedere clinic amintim că afecţiunea a început cu fenomene paralitice faciale şi auditive, care dovedesc că punctul de plecare al tumorei trebue să se fi găsit, în strânsă legătură cu canalele osoase din stâncă ale acestor nervi, iar din punct de vedere radiologic trebue să arătăm că imaginele obţinute evidenţiază decalcifiarea stâncei şi nu neoformaţiuni endocraniene asemănătoare meningiomelor.

Analizând problema angio-endoteliomelor osoase primitive am găsit că tumora cazului nostru este extrem de rară, fiindcă *Kolodny*, care s'a ocupat în special cu acest studiu, nu a avut ocaziunea să vadă decât numai două astfel de cazuri, dintre care unul cu evoluţie rezorbantă a osului şi altul cu neoformaţie osoasă. Din acest punct de vedere cazul nostru se încadrează în grupa angio endoteliomelor rezorbante ale osului, fapt pe care, cum am văzut, l-a evidenţiat clar examenul radiologic.

Studiind durata evoluţiei cazului nostru am găsit că ea a fost destul de lungă, fiindcă la nouă luni dela apariţia boalei, cu toate accidentele dramatice succesive prin care a trecut, pacientul păstrează totuşi o stare generală excelentă, cu dispariţia fenomenelor de compresiune intra-craniană şi cu oprirea cel puţin aparentă a invaziei neoplazice a masivului său osos facial. Din acest punct de vedere tumora cazului nostru se încadrează şi clinic, odată mai mult, în grupa angio-endoteliomelor osoase primitive care, după cum a arătat *Kolodny*, prezintă în general o lungă evoluţie, fiindcă rămân multă vreme cantonate în interiorul carapacei osoase înainte de a deveni subperiostale.

Constatând invazia neoplazică a masivului osos facial a cazului nostru de către tumora stâncei ne-am întrebat dacă această invaziune s'a făcut prin continuitate sau pe cale metastatică şi am ajuns la convingerea că invaziunea s'a făcut prin continuitate, evoluţia clinică a cazului şi examenul său radiologic evidenţiind tocmai această transmisiune progresivă prin continuitatea procesului neoplazic. Relevăm totuşi posibilitatea ca această tumoră să dea şi manifestaţiuni metastatice, printre care un loc deosebit îl ocupă localizările pulmonare, a căror evoluţie este grabnic fatală.

Privind terapeutica afecţiunei, trebue să reţinem scepticismul manifestat de *Kolodny*, atât faţă de tratamentul său chirurgical, cât şi faţă de cel iradiant, dar notăm totuşi că în cazul nostru trepanaţia mastoidei a făcut să cedeze rapid cortegiul fenomenelor de compresiune intra-craniană şi că regresarea invaziunei neoplazice a masivului osos facial a coincidat cu aplicarea röntgenterapiei.

* * *

Observaţiile anatomo-clinice care fac obiectul acestui studiu evidenţiază pe de o parte apariţia faptului unic al unor tumori primitive extrem de rare pornind dela oasele bazei craniului, iar pe de altă parte relevă că primele simptome ale acestor tumori au fost de ordin ocular. Acest studiu mai scoate în relief dificultăţile reale pe care le poate întâmpina stabilirea diagnosticului precis al naturei acestor leziuni bazilare şi evidenţiază în acelaşi timp rolul de o importanţă dominantă a examenului anatomo-patologic, singurul în măsură să precizeze natura afecţiunei, cu prognosticul şi terapeutica sa operator-iradiantă.

Atât tumora cu celule gigante a primului caz, cât şi angio-endoteliomul celui de al doilea caz s'au dovedit astfel, în practica noastră, favorabil influenţate de acest tratament combinat.

Bibliografie

Intreaga biblografie a articolului este citată după:

1. *Kolodny:* „Bone Sarcoma". Chicago, 1927, p. 163 şi 172.
2. *Masson:* „Diagnostic de laboratoire", 1923, p. 206.
3 *Morax:* „Cancer de l'appareil visuel", 1926.

(CLINICA OFTALMOLOGICĂ DIN CLUJ-SIBIU)

RESUMÉ

Les manifestations oculaires de quelques tumeurs osseuses primitives rares intéressant la base du crâne

Les auteurs ont eu l'occasion d'étudier deux cas très rares de tumeurs osseuses primitives de la base du crâne ayant débuté par des manifestations oculaires variées.

L'un des cas était une tumeur à cellules géantes, qui s'était développé lentement sous le périoste du plafond orbitaire droit, d'une femme de 22 ans, sous l'aspect d'une exophtalmie et sans provoquer des métastases. Au point de vue histologique la tumeur a présenté en dehors de ses cellules géantes de nombreux îlots cellulaires à caractère xanthomateux et mixomateux et des foyers nécrotiques. Les auteurs insistent avec cette occasion sur la question de la pathogénie de cette tumeur, l'origine de ses cellules géantes et sa thérapeutique et montrent les résultats favorables qu'ils ont obtenu par l'extirpation de la néoplasie, suivie de la röntgenthérapie.

Le deuxième cas était un angio-endothéliome du rocher droit du temporal d'une enfant de 11 ans, qui a évolué avec un complexus symptomatique caractérisé par une paralysie faciale droite avec lagophtalmie, la paralysie des deux premières branches du trijumeau avec éruptions zostériforme et kératite neuro-paralytique, la paralysie du pneumo-spinal et de l'hypoglosse droit et par un stase papillaire gauche. Les auteurs insistent avec cette occasion sur l'aspect clinique très grave du cas, sur la dificulté de son diagnostic, qui n'a pu être etabli que par l'examen histologique d'une biopsie osseuse et sur son évolution assez favorable grâce à la trépanation mastoïdienne droite suivie de röntgenthérapie.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Augenmanifestationen einiger seltener primitiven Knochentumoren der Schädelbasis

Die Autoren haben die Gelegenheit gehabt zwei sehr seltene Fälle von primitiven Knochentumoren der Schädelbasis zu studieren, welche mit Augenmanifestationen beginnen haben.

Ein aus der Fälle war ein Riesenzellensarkom, welche langsam gewachsen hat unten den Periost des rechten Orbitaldach einer Frau 22 Jahr alt und hatte den Ansicht einer Exophtalmie ohne Metastasen. Histologisch die Tumor war karakterisiert ausserdem seine Riesenzellen durch zahlreiche xanthomateuse, mixomateuse und nekrotische Inseln. Die Autoren diskutieren die Pathogenie dieser Tumor, die Natur seiner Riesenzellen, seine Therapie und zeigen die guten Erfolgen der Tumorextirpation kombiniert mit die Röntgentherapie.

Der zweite Fall war ein Angio-endotheliom des rechten Felsenbeins eines 11 jähriges Knabes, welche ein Symptomenkomplexus hatte, karakterisiert durch eine rechte Facialisparalyse mit Lagophtalmie, die Paralysie der zwei ersten Trigeminusäste mit Zostereruptionen und Keratitis neuro-paralytica, die Paralyse des rechten Pneumo-spinalis und Hypoglossus und durch eine linke Papillenstase. Die Autoren zeigen den schweren klinischen Ansicht des Falles, die Schwierigkeiten seiner Diagnose, welche nur durch die histologische Untersuchung erledigt könnte und die gute Erfolgen der Mastoidatrepanation kombiniert mit die Röntgentherapie.

Compușii sulfamidați în oto-rino-laringologie

de

Profesor Dr. G. Buzoianu

Compușii sulfamidați bactericizi sunt chemați să aibă un rol primordial în tratamentul afecțiunilor septice oto-rino-laringologice. Rezultatele obținute până acum în întreaga terapeutică antimicrobiană a patologiei generale ca și rezultatele cunoscute în prezent prin utilizarea preparatelor chimioterapice sulfamidate în oto-rino-laringologie ne face să prevedem acestor preparate un rol aproape indispensabil în acțiunea pe care o îndreptăm în clinică zilnic contra agenților patogeni. Experiența noastră personală în clinica oto-rino-laringologică din Cluj ne îngăduie să schițăm deci următoarele rosturi pe cari le putem cere acestei medicații în ramura specialității noastre menționând și ceeace nu putem obține din partea ei.

Cele mai importante rezultate pe cari le putem obține din partea compușilor sulfamidați sunt acelea cari pot surveni utilizând acești compuși în complicațiile oto-mastoidiene. Aici preparatele sulfamidate iau un rol pe care-l putem numi, alături de intervenția operatorie, capital. Inainte însă de a ajunge la aceste complicații să căutăm a menționa ce poate da medicația cu sulfamidă în otitele obișnuite.

In primul rând în *otitele acute nedeschise* sulfamida administrată dela început în stadiul de otită catarală chiar atunci când timpanul este bine congestionat și îngroșat, poate determina în unele cazuri vindecarea fără să mai fie nevoie să recurgem la timpanotomie. Sulfamida poate face deci ca o otită acută să retrocedeze repede fără a mai prezenta tendința spre supurație sau alte complicațiuni de vecinătate. Dacă însă după administrarea sulfamidei și a tratamentului clasic îndreptat contra otitei acute manifestările clinice ale

acestei otite nu retrocedează repede, toate indicaţiunile bine stabilite în otologie ale paracentezei timpanice îşi păstrează inalterată toată valoarea lor semiologică.

Timpanotomia trebueşte imediat practicată dacă după 12 sau 24 ore nici un fenomen local nu manifestă tendinţa diminuării şi retrocedării.

In al doilea rând în *cursul supuraţiilor auriculare* tratamentul sulfamidat adăogat tratamentului dezinfectant local obişnuit, poate determina o uscare mai rapidă a casei timpanului sau poate evita cu mai multe garanţii ca până în prezent determinările mastoidiene. In aceste supuraţiuni efectul sulfamidic antimicrobian este în mare parte în legătură cu natura germenului în cauză. Este o constatare unanimă astăzi că aceşti corpi chimici au o acţiune mai intensă contra streptococului decât asupra altor germeni piogeni. Acţiunea aceasta cu caracter de oarecare electivitate este cu atât mai binefăcătoare cu cât infecţiile cu streptococ sunt cele mai frecvente în patologia supuraţiilor. Tratamentul sulfamidat aplicat la începutul manifestărilor mastoidiene în cursul supuraţiilor auriculare face să diminue repede reacţia mastoidiană violentă sau scurtează perioada supra acută a afecţiunei mastoidiene constituite.

Sulfamida este capabilă deci să vindece fără intervenţie o serie de reacţiuni mastoidiene pur congestive care în lipsa ei ar fi putut evolua spre osteită.

Sulfamida are incontestabil o acţiune favorabilă asupra leziunilor congestive mastoidiene şi prin urmare poate diminua numărul cazurilor în care suntem obligaţi să intervenim precoce de teama complicaţiilor paramastoidiene generale ori endocraniene.

In rolul acesta important de a fixa mai bine momentul intervenţiei nu trebue însă să se creadă că prin sulfamidă putem face faţă oricărei eventualităţi. O noţiune foarte importantă pentru clinician este aceea de a şti că sulfamida nu are acţiune asupra leziunilor de osteită constituite.

Odată cu introducerea sulfamidelor în terapeutica microbicidă antipiogenă trebueşte să ştim că aplicarea lor chiar dela începutul afecţiunei nu împiedecă evoluţia unor mastoidite spre complicaţii paramastoidiene. Adesea sub influenţa sulfamidei complicaţia endocraniană se formează în mod insidios pentru a isbucni brutal după mai multe zile sau după câteva săptămâni de aplicare a chimioterapiei sulfamidate. *Hubert (Revue de Laryngologie, otologie, rhinologie Mai 1939)* a observat un caz de tromboflebită survenit a zecea zi dela începutul unei otite tratate cu chimioterapie sulfamidică. Noi înşine am observat o meningită septică isbucnită a nouăsprezecea zi dela intervenţie cu toate că primele zile s'a aplicat chimioterapia sulfamidică şi cu toate că febra scăzuse la normal timp de peste zece zile.

Sulfamida nu poate împiedeca extensia leziunilor de osteită formate, noţiune care îndreptăţeşte şi impune totdeauna actul operator oridecâteori existenţa ostcitei este diagnosticată.

Astfel cazurile de mastoidită tratate de diverşi autori cu sulfamida la început şi operate tardiv între a patra şi a zecea săptămână, au arătat la intervenţie adevărate dezastre locale osoase asemănătoare leziunilor intense cari se întâlneau acum treizeci de ani, când mastoiditele se operau foarte târziu. *Ombrédanne în 1938 (Congresul francez de otorino-laringologie)* raportează astfel de cazuri.

Introducerea sulfamidelor în tratamentul supuraţiilor auriculare deşi poate prezenta avantajul de a micşora numărul mastoiditelor cari trebuesc operate, ne impune în acelaş timp obligaţia de a cerceta cu mai multă grijă mastoiditele cu evoluţie insidioasă mai mult ori mai puţin latentă.

Rolul cel mare al sulfamido-terapiei în otologie este cu deosebire în cazul complicaţiilor oto-mastoiditelor. In complicaţiile septicemice însoţite sau nu de tromboflebita sinusului lateral şi în infecţiile meningeale s'au notat de diverşi autori şi am putut înregistra personal valoarea cu adevărat mare a chimioterapiei acesteia.

Pentru meningitele otice. Pentru meningitele otice tratamentul sulfamidat este acela care a transformat pronosticul în mod constant fatal al acestor afecţiuni, cu excepţionale rarităţi, într'un pronostic rezervat evident, dar în care orice speranţă de vindecare este îndreptăţită. Din procentul de 98% letalitate pe care-l dădeau altădată meningitele septice o reducere mai mult de jumătate s'a operat din acest procent graţiei intervenţiei sulfamidei. Cele mai bune efecte ale chimioterapiei sulfamidale antimeningitice se obţin în meningitele streptococice, iar rezultatele bune au mai multe garanţii şi succes cu cât streptococul este mai virulent.

Cu cât microbul este mai blajin cu atât rezultatele microbicide sunt mai greu de obţinut. Această constatare se aplică produsului 1162 F. care constitue în prezent medicaţia sulfamidată antistreptococică cea mai puternică. Experienţele de laborator şi observaţia clinică confirmă afirmarea de mai sus.

Chimioterapia sulfamidată nu constitue însă singura armă de tratament a meningitelor otice. Ea nu este activă decât în colaborare cu tratamentul chirurgical al cărui scop important este de a asigura o eradicaţiune totală a leziunilor de ostcită auriculară inoculante a spaţiilor meningeale. Dacă la nivelul focarului septic al urechii rămân puncte osteitice cari continuă să însămânţeze lichidul cefalo-rachidian, sulfamida rămâne inactivă. Cu timpul se stabileşte un fel de chimiorezistenţă care face ca chimioterapia să rămână fără efect. Chirurgia focarului septic auricular cuprinde ca

operaţie minimă în toate cazurile de meningită otică craniectomia timpano-mastoidiană complectată sau nu cu trepanarea labirintului dacă meningita este sau nu de tip labirintic.

Infine aplicarea sulfamidei aici trebue făcută în doze masive şi cu rapiditate, în doze quasi toxice sau la limita toxicităţii, căci bunele rezultate se obţin printr'o sideraţie fulgerătoare a microbului. Orice timiditate de administrare a sulfamidei în meningite poate fi scump plătită prin recidive cari stabilesc o chimiorezistenţă adesea fatală. Masiv şi rapid aceasta ne-a învăţat experienţa recentă în tratamentul microbicid antimeningitic. In faţa meningitei al cărui pronostic este aproape totdeauna mortal eficacitatea medicaţiei sulfamidate trece înaintea toxicităţii sale. Intre eficacitate şi toxicitate în meningite contează prima calitate.

Diferite cazuri de meningite otice streptococice tratate cu sulfamida au fost menţionate vindecate în străinătate *(Martin şi Delaunay, Hubert* [1]*), Ombrédanne şi Thiroloix, Halphen, Martin, Bignotti, Pinard şi Maduro).*

In clinica din Cluj am obţinut prin ajutorul chimioterapiei sulfamidate primele rezultate de vindecare cunoscute în ţara noastră cu produsul 1162 F în meningitele otice. Din cinci cazuri tratate am înregistrat patru vindecări, cazul letal nefiind propriu zis o meningită otică ci de altă natură. Două meningite au fost septice labirintogene [2]), iar alte două puriforme. Procentul vindecărilor meningitelor otice în clinica noastră a fost de 5 la 7 cu actuala chimioterapie pe când înaintea perioadei sulfamidice ea a fost de 2 la 7. Unul însă din cele două cazuri a fost tratat în 1937 cu prontosil care este o sulfamidă dotată cu proprietăţi bactericide mediocre în comparaţie cu compusul 1162 F. N'am sezisat importanţa acelui caz decât ulterior odată cu experienţa colectivă a chimioterapiei prin corpul 1162 F. In tratamentul meningitelor sulfamida trebueşte administrată concomitent pe cale bucală şi rachidiană pentru a se obţine coeficientul activ de concentraţie în lichid superior nivelului de 4 mgr. pentru o sută de centimetri cubi lichid.

Literatura de specialitate arată că meningitele cu pneumococ sunt mai rezistente acţiunei sulfamidice. Este posibil însă ca descoperirea unor noi compuşi sulfamidaţi să fie mai potriviţi faţă de acest germene decât compusul 1162 F. Dagenanul care realizează acest deziderat în laborator a fost verificat clinic pentru meningitele pneumococice în mai multe cazuri *(Morhange, Moulonguet, Lemoyne şi Bolzinger).* [1])

Oricare ar fi meningita otică, septică sau aseptică, medicaţia sulfamidată trebueşte instituită cu promptitudine şi masivitate concomitent cu chirurgia focală auriculară.

In trombo-flebitele sinusului lateral, sulfamidoterapia cu compuşi albi are aceiaşi valoare ca şi în tratamentul antimenigitic considerând gravitatea acestor afecţiuni. Chimioterapia sulfamidică este singura chimioterapie cu adevărat activă cunoscută până în prezent. Se poate spune că înaintea sulfamidelor chimioterapia microbicidă era de fapt inexistentă.

Aplicarea sulfamidei în clinică fiind mult mai simplă decât a celorlalte medicaţii şi preţul său fiind proporţional mult mai redus, toate celelalte tratamente medicale antisepticemice chimioterapice au devenit total inutile. Singură transfuzia rămâne cu un rol activ deoarece ea corectează în acelaş timp eventualele posibilităţi de intoxicare cari pot surveni printr'o administrare prelungită şi în doze mari ale sulfamidei. Infine în *colecţiile encefalice* diagnosticate şi tratate, tratamentul sulfamidat are un rol important dacă microbul în cauză este sensibil acţiunei sale. Sulfamida previne aici encefalita şi posibilitatea infecţiilor meningeale mai bine ca alte medicaţii dacă drenajul este convenabil stabilit. Ori de câte ori întreprindem o acţiune operatorie în domeniul specialităţii oto-rino-laringologice şi dorim o diminuare a reacţiilor septice postoperatorii în cazul intervenţiilor pe regiuni relativ septice (sinusuri, faringe, laringe, fose nasale) medicaţia chimioterapică sulfamidată constitue un complement util şi adesea necesar. După trepanările sinusale sulfamida diminuiază intensitatea reacţiilor locale postoperatorii. Medicaţia aceasta ne apare superioară vaccinurilor aici prin simplitatea administraţiei ei.

* * *

Dacă considerăm cu deosebire rezultatele pe care le obţinem asociind sulfamida cu chirurgia focarului auricular în tratamentul meningitelor otice, putem spune că descoperirea acestei chimioterapii constitue cu adevărat o descoperire epocală. *(G. Buzoianu).* [2]) Sunt puţine descoperirile cu atât de mari şi promptă apli-

---

[1]) *Hubert:* Traitement des méningites post-otitiques à streptocoques et à pneumococcus mucosus par le para-amino-phenylsulfamide. *Presse médicale, Nr. 39, 1938, pag. 773.*

[2]) *G. Buzoianu: Teodorescu A. et Bodea E.:* Meningite septique labyrinthique. Trépanation du labyrinthe et sulfamide 1162 F. Guérison. *Revista St. ORL (Revues des sciences oto-rhino-laryngologiques) Avril 1939.*

[2]) *G. Buzoianu, Gârbea St. et Radoescu D:* Autre méningite septique labyrinthogène. Labyrinthectomie totale et sulfamide 1162 F suivie de guérison. *Revista St. ORL. (Revue des sciences oto-rhino-laryngologiques) Avril 1939.*

[1]) *Morhange, Moulonguet, Lemoyne şi Bolzinger:* în *Annales d'oto-laryngologie, pag. 480 şi 497, Mai 1939.*

[2]) *G. Buzoianu:* Le traitement des méningites otiques. *Un volume 370, pages 26, figures. Librairie I.—B. Baillière et Fils, Paris 1940.*

care practică în întreaga noastră ştiinţă, cum este descoperirea chimioterapiei sulfamidate.

Punctul de plecare al acestei opere este sinteza prontosilului făcută de *Hörlein, Klarer şi Mietsch* în 1932 urmată de sinteza rubiazolului de către *Gley* şi *Girard* în 1935. Acestea sunt sulfamidele azoice sau colorate, de intensitate microbicidă mediocră şi numai în vivo.

Tréfouel, Nitti şi Bovet [1]) au arătat apoi că funcţiunea azoică nu este indispensabilă rolului bacteriolitic, că activitatea acestor corpi este datorită para-amino-fenil-sulfamidei care intră în constituţia lor. In favoarea acestei concepţii s'au adus argumente de valoare asupra cărora nu e locul să insistăm. Importanţa acestui mecanism al acţiunei microbicide a sulfamidelor a impus sinteza compuşilor sulfamidaţi neazoici, cari sunt activi în vivo ca şi în vitro.

Corpii azoici nu devin activi in vivo decât prin reducerea pe care o operează organismul liberând grupul activ para-amino-fenil-sulfamidic.

In terapeutică bacteriolitică a complicaţiilor otomastoidiene nu utilizăm astăzi decât sulfamidele albe, substanţe dotate cu o mare putere microbicidă. Sulfamidele azoice n'au constituit decât o etapă în progresul chimioterapic recent reprezentat prin corpii sulfamidaţi albi. Compusul utilizat de noi este corpul 1162 F, pentru streptococ şi dagenanul sau sulfamido piridina pentru pneumococ a căror administrare terapeutică este foarte simplă deoarece consistă în afară de cazul meningitelor, în a fi dat numai pe cale bucală.

Dozele masive de sulfamidă pot produce unele accidente. După administrarea dozelor mari bolnavii devin cianotici într'un mod care poate impresiona, cianoză care nu constitue o cauză de întrerupere ori de diminuare a medicaţiei, când acţiunea microbicidă este încă necesară. In cursul medicaţiei sulfamidate se vor evita administrarea altor medicamente în special a sulfaţilor şi a antipireticilor obişnuite, incompatibilitatea sulfamidei cu aceşti corpi putând da naştere la unele accidente grave cum este sulfhemoglobinemia. O expunere generală asupra acestor accidente pe cari le poate provoca sulfamidoterapia datorăm lui *Ravina.* [2])

Sulfamidoterapia cu compuşi albi constitue o armă antimicrobiană puternică. Rezultatele obţinute până acum în complicaţiile grave ale otomastoiditelor în particular în meningitele otice permit speranţa că alte cazuri tratate în viitor vor confirma pe deplin eficacitatea acestei medicaţiuni.

In acelaş timp perfecţionările continui ale constituţiei chimice ale corpilor sulfamidaţi deschide chimioterapiei sulfamidate perspective pe care astăzi poate încă abia le bănuim.

(LUCRARE DIN CLINICA OTO-RINO-LARINGOLOGICĂ DIN CLUJ TRANSFERATĂ PROVIZORIU LA SIBIU)

RESUMÉ

Les composés sulfamidés dans l'oto-rhino-laryngologie

Les composés sulfamidés bactéricides sont destinés à une rôle primordial dans le traitement des affections septiques oto-rhino-laryngologiques. La sulfamide peut causer la rétrocession immédiate d'une otite aiguë sans avoir d'autre tendance aux complications. Elle a une action favorable sur les manifestations congestives de la mastoïde. Mais elle ne peut pas empêcher l'extension des lésions d'ostéite une fois formées. Les meilleurs résultats de la sulfamidothérapie en oto-rhino-laryngologie sont obtenus dans les complications oto-mastoïdiennes, surtout dans le traitement des méningites otiques. Dans cette affection avant la sulfamidothérapin la mortalité était de 97 %, maintenant on obtient des guérisons dans la majorité des cas.

Dans la Clinique oto-rhino-laryngologique de Cluj on a obtenu cinq guérisons sur sept méningites par l'association de la chirurgie focale avec la sulfamidothérapie. Deux cas guéris étaient des méningites septiques labirinthiques, les deux autres des méningites purïforme. L'association de la sulfamidothérapie à l'action opératoire pour les lésions septiques diminue les réactions locales postopératoires et empêche la possibilité des complications, si l'exerèse des lésions osseuses a été faite intégralement et si la sulfamide est correctement administré.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Sulfonamide in der Oto-Rhino-Laryngologie

Die bakteriziden Sulfonamide sind berufen eine primordiale Rolle in der Behandlung der oto-rhino-laryngologischen septikhämischen Leiden zu haben. Die Sulfonamid kann bewirken, dass eine akute Otitis sofort nachlässt ohne einen Hang für Verwicklungen zu zeigen. Sie besitzt einen günstigen Einfluss auf kongestive Kundgebungen des Felsenbeines. Sie kann jedoch nicht die Ausdehnung der Verletzungen der sich einmal schon gebildeten Osteitis verhindern. Die schönsten Resultate der Sulfonamid-Teraupie in der Oto-Rhino-Laryngologie werden in den oto-mastoiden Verwicklungen erreicht, ganz besonders aber in der Behandlung der otischen Hirnhautentzündungen. In diesem Leiden, in der die Sterblichkeit vor der Sulfonamid 97 % betrug, werden heute in den meisten Fällen Heilungen erzielt.

Von sieben Hirnhautentzündungen erreichte man in der klausenburger Klinik fünf Heilungen indem man die fokale Chirurgie mit der Sulfonamid-Teraupie verband. Zwei der geheilten Fälle waren septhämische labyrintische Hirnhautentzündungen, die restlicher zwei Fälle waren eitrige Hirnhautentzündungen. Das Verbinden der Sulfonamid-Teraupie mit dem operativen Eingriff für septhämische Verletzungen, verringert die postoperativen Lokalreaktionen und beseitigt eine Komplikationsmöglichkeit, wenn die Exereze der Knochenverletzungen vollständig gemacht wurde und die Sulfonamid richtig verabreicht wird.

[1]) *Tréfouel, Nitti şi Bovet:* Le mode d'action du para-amino-phényl-sulfamide et des dérivés azoïques dans les septicémies streptococciques expérimentales. *Presse médicale 5 Juin 1937.*

[2]) *Ravina:* Indications et accidente du para-amino-phényl-sulfamide. *Presse médicale 2 Mars 1938.*

Chimioterapia în meningita cerebro-spinală epidemică*)

de

Conf. Dr. I. Gavrilă

Tratamentul clasic al meningitei cerebro-spinale epidemice este cel specific cu ser anti-meningococic, introdus în anul 1906. Sub influenţa acestei terapii, mortalitatea în această boală, a scăzut dela 60—80% cât era înainte de întroducerea sero-terapiei, aproximativ la 10—30%, variabil după ţări şi după epidemii.

Insă în timpul războiului mondial trecut şi după răsboiu, pe lângă toată sero-terapia specifică aplicată, se înregistrează din partea majorităţii autorilor o mortalitate foarte mare în meningita cerebro-spinală epidemică. Astfel în Anglia se constată o mortalitate de 50 - 80% (Rolleston, Gaskell, Forster), în Germania 40—60%, Polonia 50—60%, Statele Unite ale Americei 50—60%. In aceste condiţiuni s'a vorbit de un complet faliment al sero-terapiei în meningita cerebro-spinală epidemică şi mulţi autori s'au întrebat dacă mai este indicată sero-terapia în această boală. Faţă de aceste date aşa de puţin încurajatoare, profesorul *Cantacuzino*, aduce la Oficiul Internaţional de Igienă dela Liga Naţiunilor, argumente foarte concludente în favorul sero-terapiei specifice, utilizând în acest scop statistica cazurilor de meningită cerebro-spinală epidemică din România şi anume din Clinica Medicală Infantilă din Bucureşti, din Spitalul „Izolarea" Iaşi şi din Spitalul Militar-Bucureşti. In aceste servicii, mortalitatea a variat între 6—16%, deci foarte favorabile sero-terapiei.

In Spitalul Epidemic din Cluj în anii 1938—1939 au fost internate 11 cazuri cu meningită cerebro-spinală epidemică, tratate toate cu ser, dintre care a sucombat unul, deci o mortalitate de 9%.

I. Nicolau şi *C. Popescu* expun această problemă a sero-terapiei antimeningococice foarte detailat şi documentat într'un raport la Primul Congres Naţional asupra boalelor contagioase dela Craiova—1934, fiind de părere că insuccesele sero-terapiei specifice în memingita cerebro-spinală epidemică, înregistrate de autorii străini, ţin la două cauze principale: *a)* modul de preparare al serului; *b)* tehnica de administrare a serului. Se aplica apoi în această boală în ultimul timp foarte mult chimioterapia modernă, utilizată în alte boli infecţioase acute şi anume preparatele descoperite în 1932 de către *Klarer* şi *Mietsch* şi introduse în terapie în 1935 de către *G. Domagk*.

La început s'au utilizat preparatele sulfamidate colorate (prontosil, rubiazol, proseptină) cu rezultate destul de bune.

Formula preparatelor sulfamidate colorate se compune din două părţi: o grupare sulfamidată (amino-fenil-sulfamidă) şi o grupare azoică (crisoidină), care este partea colorantă din preparat.

Insă în 1935 *J.* şi *D-na Trefanel, Nitti* şi *Bovet*, în laboratorul *Fourneau*, au demonstrat că în preparatele sulfamidate colorate, ceea ce este activ asupra streptcocilor şi a altor microbi, nu este partea colorantă adecă funcţiunea azoică, sau cel puţin nu această parte joacă rolul preponderant, ci acţiunea bactericidă a preparatelor este datorită grupului amino-fenil-sulfamidat. Intr'adevăr, aceşti autori au demonstrat că nucleul sulfamidat este o substanţă cristalizată incoloră, cu proprietăţi bactericide foarte importante atât asupra streptococilor, cât şi asupra altor microbi.

După aceşti autori, însăşi preparatele sulfamidate colorate sunt active, fiindcă prin descompunerea lor în organism, pun în libertate gruparea sulfamidată.

Colebrook, Buttle şi *Meara*, au demonstrat că prontosilul n'are nicio acţiune antistreptococică *in vitro*, spre deosebire de sulfamidă (1162 F.), care în aceleaşi condiţiuni are o acţiune net bactericidă asupra streptococilor. Dacă prontosilul este redus *in vitro*, prin ce se pune în libertate sulfamida, atunci el devine foarte activ şi *in vitro* asupra streptococilor. S'a mai constatat că serul bolnavilor care au primit prontosil sau rubiazol, are o acţiune bactericidă importantă *in vitro*.

După *Trefanel* şi colaboratorii săi, există două serii de corpuri din aceste preparate: o serie de derivaţi activi *in vitro* şi *in vivo*, cum este preparatul 1162 F. şi o serie de derivaţi inactivi *in vitro*, totuşi activi *in vivo*, prontosilul şi rubiazolul aparţin acestora din urmă, însă dacă în aceştia din urmă se provoacă în mod artificial o ruptură, pe care organismul o produce în mod normal, atunci se manifestă o acţiune foarte netă şi *in vitro*.

In concluzie, după ultimele cercetări, preparatele sulfamidate colorate (prontosil, rubiazol) îşi datoresc acţiunea lor bactericidă în organism, sulfamidei care intră în formula lor şi care se pune în libertate în organism şi nu nucleului colorat din preparat. Astfel că în ultimul timp, preparatele sulfamidate colorate (prontosil, rubiazol) tind a fi înlocuite în tratamentul unor stări infecţioase cu preparatele de sulfamidă necolorate de tipul para-amino-fenil-sulfamidei (1162 F.) şi alte derivate incolore. S'a demonstrat în mod experimental *(F. Nitti* şi *A. Simon)* că gruparea sulfamidă este foarte

*) Acest articol trebuia să apară în Nr. 7 (Iulie) 1940 al Clujului Medical, care însă din cauza evacuării n'a mai apărut.

puţin toxică în experienţele pe animalele de laborator, pe de altă parte s'a arătat că eficacitatea terapeutică a sulfamidei atât experimental pe animalele de laborator, cât şi în stările infecţioase la om, este foarte însemnată.

Doza terapeutică experimentală la animale este de 50 de ori mai mică decât doza toxică.

Eliminarea sulfamidei se face repede din organism, întru cât acţiunea ei se produce direct, ne mai fiind necesară ruptura în organism a celor 2 nuclei componenţi; după administrare îşi ajunge concentraţia ei maximă în organism în 4 ore şi după 24 de ore este complet eliminată.

Această acţiune bactericidă a sulfamidei se exercită nu numai asupra infecţiunilor streptococice (erisipel, etc.), ci şi asupra infecţiunilor cu alţi microbi, ca pneumococi, gonococi, meningococi, etc.

In acest fel s'a ajuns cu aplicarea acestor preparate sulfamidate necolorate în meningite cu rezultate foarte bune.

Prima dată s'au aplicat aceste sulfamide (1162 F.) în meningitele purulente de origine otică de către otorino-laringologi şi cu rezultate surprinzător de bune. Se cunoaşte prognosticul, aproape totdeauna fatal al acestor meningite purulente otice, mai ales că ele sunt mai des cu streptococi, ori graţie terapiei cu sulfamidă aplicată pe toate căile (intrarachidian, bucal, intramuscular) azi se salvează foarte multe din aceste cazuri. S'a aplicat şi se aplică apoi sulfamidele necolorate în meningitele purulente de origine pneumococică tot cu rezultate foarte bune.

In ce priveşte terapia cu sulfamide în meningococii, ea datează din 1936.

Buttle, Gay şi *Stephenson* au fost primii care au atras atenţiunea asupra eficacităţii sulfamidelor în infecţiunile cu meningococi. Ei au demonstrat în mod indiscutabil eficacitatea atât preventivă, cât şi curativă a acestor preparate în infecţiunile experimentale cu meningococi a şoarecilor. *Prom* confirmă aceste lucrări şi mai demonstrează tot în mod experimental pe şoareci, că eficacitatea sulfamidei este tot aşa de importantă în infecţiunile cu meningococi B., ca şi în cele cu meningococi A., fapt de importanţă capitală, fiindcă se ştie că infecţiunile cu meningococi B., sunt foarte rezistente la terapia cu ser specific.

Calea de administrare şi dozajul. Cercetările experimentale pe animale a fixat şi calea de administrare a preparatelor, mai ales de când s'au introdus metodele de dozare a sulfamidei (Fuller), în urină, în sânge şi în L. C. R.

Prom, Buttle, Marschall, Kendall, Emerson, G. Cutling au studiat variaţiunile de concentraţiune în sânge, L. C. R. şi urină a sulfamidelor după administrare de aceste preparate în doze diferite la iepuri pe cale bucală sau subcutanată.

Aceşti autori constată că după administrare bucală, resorbţia sulfamidei în tubul gastro-intestinal şi pasajul ei în sânge se face destul de rapid, în timp de 4 ore este completă. Trecerea în L. C. R., se face destul de repede, tot aşa ca şi în sânge, în aceeaşi măsură după calea bucală, sau subcutanată.

Din cercetările acestor autori rezultă că sulfamida administrată pe cale bucală ajunge repede în L. C. R., într'o concentraţie suficientă, astfel că este inutil de a se recurge la calea intrarachidiană. Totuşi mulţi autori ulterior, utilizează mai multe căi de administrare a sulfamidelor în meningita cerebro-spinală epidemică; intrarachidiană, bucală, intramusculară.

In ce priveşte dozajul, aceşti autori recomandă în primele zile 0,05 gr substanţă pe Kg, deci 3 gr pentru un individ de 60 Kg, apoi dozele pot fi mai scăzute.

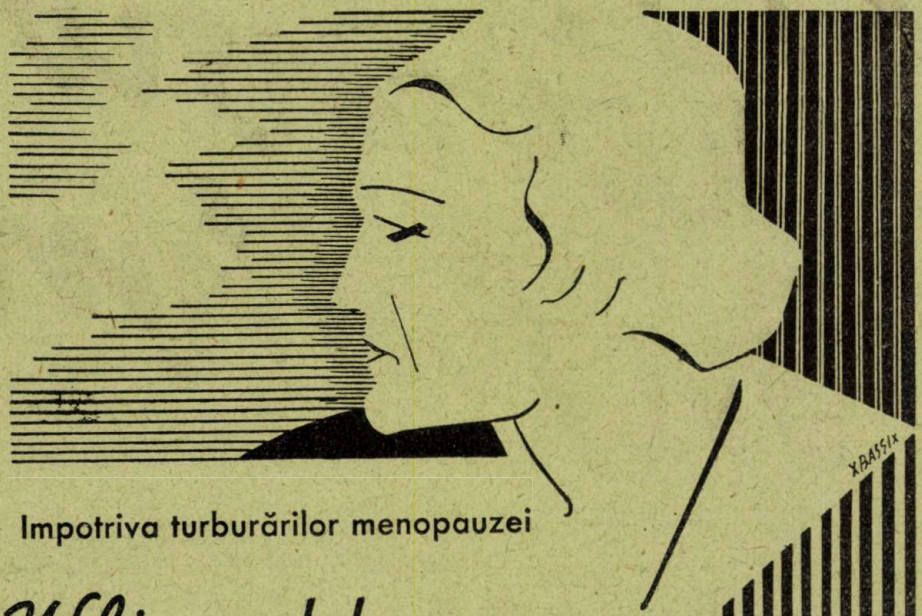
La om, sulfamidele au fost utilizate de foarte mulţi autori în meningitele cerebro-spinale epidemice.

Schwentker, Sidney, Gelman şi *Perrin Long* publică în 1937, 11 cazuri de meningită cerebro-spinală epidemică, tratate numai cu sulfamidă fără ser. Sulfamida s'a utilizat în soluţie de 0,8% în ser fiziologic pe cale intrarachidiană şi subcutanată. Imediat după fixarea diagnosticului, s'a injectat intrarachidian 10—30 cc. soluţie, deci 0,10—0,25 gr salfamidă după ce a fost scos un volum de lichid C. R. superior cu 5—10 cc., decât cantitatea soluţiei de injectat. Se dă concomitent subcutanat 100 cc. soluţie pe 18 Kg greutate corporală, deci aproximativ 2,5 gr sulfamidă pentru un bolnav de 60 Kg. In primele două zile, tratamentul se aplică de două ori pe zi, apoi o singură dată; uneori se continuă mai multe zile. Rezultatele obţinute sunt foarte bune, fiindcă din 11 cazuri sucombă numai unul. Autorii au controlat efectul tratamentului şi prin analize repetate ale L. C. R., constatând o sterilizare a lichidului, uneori foarte rapidă, — în 24 de ore — mai deseori în 48 de ore.

Pongratz (1937) în Germania, relatează 3 cazuri de meningită cerebro-spinală epidemică tratate cu succes cu prontosil, însă două din cazuri au primit concomitent şi ser.

Weill-Halle, Meyer şi *Tiffeneau* (1937) publică în Franţa un caz de meningită cerebro-spinală epidemică cu meningococi B. la un sugar vindecat cu sulfamidă. Copilul a primit 1,5 gr sulfamidă pe zi, numai pe cale bucală.

A. Delilbe, Lestoquoy, R. Tiffeneau, Wolinetz şi *Meyer* (1937) publică în Franţa un caz de meningită cerebro-spinală epidemică cu meningococi B., vindecat, la un copil de 4 ani, tratat cu ser şi sulfamidă pe cale bucală.



Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influenţând simultan sistemul glandular şi cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee; se vor înghiţi nemestecate.

KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eşantioane şi literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, **Bucureşti III.**

Preventiv In Asthm

o singură comprimată de

Yminol

previne accesul iminent

dacă este luată la timp.

Intrebuințare a comodă

fără acțiune secundară.

Nu produce obișnuință.

Tuburi cu 10 și 20 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Zagdoun şi *Oemischen* (1937) relatează un caz de meningită cerebro-spinală cu meningococi B. la un copil de 16 luni, tratat şi vindecat numai prin chimioterapie cu sulfamidă 1162 F. Sulfamida s'a adminstrat intrarachidian 2—10 cc., din soluţie 0,8% şi 1,5—2 gr pe cale bucală în doză fracţionată. In total a primit 28,5 gr sulfamidă pe cale bucală şi 0,42 gr pe cale intrarachidiană. Doza zilnică a fost aproximativ de 0,20 gr pe Kg de greutate.

Marquezy, Launoy şi *G. Maye* (1938) publică două cazuri de meningite cerebro-spinale epidemice cu meningococi, vindecate numai prin tratament cu sulfamidă 1162 F., un băiat de 16 ani şi un adult de 55 ani. Preparatul s'a administrat într'un caz pe cale bucală şi injecţiuni intrarachidiene, din soluţie 0,8%, 5—20 cc., primind în total 90 gr pe cale bucală şi 0,936 gr intrarachidian; în celălalt caz s'a administrat numai pe cale bucală, în total 58 gr în 15 zile.

A. Germain şi *Goutron* (1939) comunică un bolnav de 42 ani cu meningită cerebro-spinală cu meningococi B. vindecat numai cu chimioterapie sulfamidată (1162 F.) pe cale bucală; a primit total 107 gr, 8 gr pe zi la început. Pe cale intrarachidiană 0,67 gr din soluţie 0,8%, câte 25 cc., 3 zile consecutiv.

J Decourt, R. Martin, Herault şi *Pauthier* (1939), relatează un caz de meningită cerebro-spinală cu meningococi cu septicemie meningococică la un copil de 13 ani, vindecat prin sulfamidă 1162 F., pe cale bucală 1,5—3 gr pe zi. A mai primit 5 cc. ser antimeningococic intrarachidian.

Chevrel, Boobin, Guihard (1939) publică un caz de meningită cerebro-spinală cu micrococi catarali, la un copil de 4 ani, vindecat cu para-amino-fenil-sulfamidă-piridină (Dagenan).

In literatura românească sulfamidele au fost întrebuinţate asociate cu seroterapia în meningita cerebro-spinală cu meningococi de către *Hortopanu* şi *Magda* (1939).

Personal în cursul anului 1938—1939 am întrebuinţat în 6 cazuri de meningită cerebro-spinală cu meningococi la adulţi sulfamidele colorate (prontosil, rubiazol) asociate cu seroterapia antimeningococică polivalentă, fără a observa ceva rezultat mai bun decât în cazurile tratate numai cu ser specific.

Insă în ultimul timp am avut ocaziunea să observăm şi să tratăm două cazuri de meningită cerebro-spinală epidemică la adulţi, unde credem că sulfamido-terapia asociată seroterapiei a avut un rol indiscutabil în vindecarea rapidă a bolnavilor.

OBSERVAŢIA I. — *M. Iosif*, de 26 ani, plugar, intră în Spitalul Epidemic din Cluj la 21 Martie 1940 cu tablou tipic de meningită în a 4-a zi de boală. Inceputul boalei se făcuse brusc înainte cu 4 zile, cu temperatură mare, fenomene uşoare catarale, cefalee atroce, la care se ataşează apoi vărsături şi fotofobie pronunţată.

La intrarea în serviciu, bolnavul prezintă tabloul complet al unei meningite; temperatură constant ridicată: 38,5—39,5°, cefalee intensă, fotofobie foarte supărătoare, rigiditatea cefei foarte accentuată. Semnele: Kernig, Brudzinsky intens pozitive, linia meningitică pronunţată, faţa vultuoasă, poziţie de cocoş de puşcă. Puls 100, agitaţie cerebrală. Puncţia lombară, executată imediat, arată un L. C. R. net purulent, care vine sub mare presiune, la examenul căruia în frotiu se constată pe lângă masa de polinucleare, foarte mulţi diplococi Gram negativi, meningococi intra- şi extracelulari. In consecinţă se stabileşte diagnosticul de meningită cerebro-spinală cu meningococi şi se recurge imediat la tratament.

Tratamentul aplicat a fost cel asociat între seroterapie specifică cu ser antimeningococic polivalent şi cu sulfamidă şi anume para-amino-fenil-sulf-amido-piridină (Dagenanul). N'am aplicat numai sulfamidoterapia singură, cum fac mulţi autori, fiindcă rezultatele noastre anterioare cu seroterapia antimeningococică au fost foarte bune şi din această cauză preferăm terapia asociată. Este adevărat că seroterapia am aplicat-o în doză mai redusă decât am facut-o în alte cazuri şi anume pe cale intramusculară.

Bolnavul primeşte imediat 100 cc. ser antimeningococic polivalent intramuscular şi concomitent de 3 ori 2 tablete (à 0,50 gr) de Dagenan pe cale bucală. A doua zi primeşte acelaşi tratament: 100 cc. ser antimeningococic intramuscular şi de 3 ori 2 tablete Dagenan pe cale bucală. Mai departe se continuă tratamentul numai cu Dagenan pe cale bucală, şi anume: încă trei zile de câte 3 ori 2 tablete pe zi, apoi încă 4 zile 2 ori 2 tablete pe zi.

Evoluţia bolii a fost următoarea: starea bolnavului se menţine încă foarte gravă timp de 7 zile, persistând toate simptomele grave ale meningitei, descrise mai sus. Insă în a 8-a zi dela internare se produce o ameliorare bruscă în starea bolnavului, Temperatura scade critic dela 39° la normal, dispar fenomenele de agitaţie cerebrală, dispare fotofobia, dispar toate simptomele meningeale, persistând încă numai o uşoară cefalee.

După două zile de afebrilitate, se mai face o puncţie lombară, obţinându-se un L. C. R. complet clar, de tensiune normală, cu elemente citologice normale şi fără meningococi.

Bolnavul părăseşte serviciul după 12 zile de afebrilitate, complet vindecat. In concluzie este vorba de o meningită cerebro-spinală cu meningococi la un adult, tratată cu ser şi Dagenan şi vindecată foarte rapid. A primit 200 cc. ser antimeningococic polivalent intramuscular şi în total 23 gr Dagenan, pe cale bucală, în primele 5 zile 3 gr pe zi, în ultimele 4 zile 2 gr pe zi. Bolnavul n'a prezentat nici un fenomen de intoleranţă faţă de medicamentul sulfamidat. Boala serului nu s'a prezentat.

OBSERVAŢIA II. — *V. M.*, băiat de 17 ani, intră în serviciul de boli contagioase al Spitalului Public din Sibiu la 1 Ian. 1941. In antecedente nimic deosebit. Boala actuală datează de 3 zile, a început brusc cu dureri de cap intense, jenă la lumină pronunţată, frison, temperatură mare, 40°, vărsături repetate, dureri mari în întreaga coloană vertebrală, dureri în extremităţi. După o zi constată că ceafa îi devine rigidă. Aceste fenomene s'au menţinut în zilele următoare, pentru care în a 4-a zi de boală intră în serviciul nostru.

La intrare, la examinare se constată următoarele: Avem în faţa noastră un băiat bine desvoltat, bine nutrit. Temperatura este de 39,5°, prezintă o cefalee atroce, fotofobie intensă, dureri intense în coloana vertebrală şi în extremităţi, faţa este congestionată, prezintă vărsături, prezintă fenomene de agitaţie cerebrală. Atitudinea în pat este de cocoş de puşcă, cu capul flexat înapoi. Prezintă o rigiditate a cefei extrem de pronunţată, prezintă semnele: Kernig, Brudzinsky foarte intense, se constată herpes la gură.

La puncţia lombară se constată un lichid cefalorachidian intens purulent, ca dintr'un abces, de tensiune crescută, curge în jet, conţinând mulţi meningococi intra- şi extracelulari.

In rezumat, este vorba de un caz de meningită cerebro-spinală epidemică cu meningococi, la un băiat de 17 ani.

Se institue imediat un tratament combinat cu seroterapie antimeningococică polivalentă şi Dagenan.

In prima zi primeşte 20 cc. ser antimeningococic intrarachidian şi 80 cc. intramuscular şi 8 tablete (4 gr) Dagenan pe cale bucală. In următoarele trei zile primeşte zilnic câte 100 cc ser intramuscular şi câte 8 tablete de Dagenan, în următoarele 2 zile a primit numai câte 6 tablete (3 gr) Dagenan pe zi, în următoarele 3 zile a primit câte 4 tablete (2 gr Dagenan pe zi In total a primit 400 cc. ser, din care 20 cc. intrarachidian şi restul intramuscular, şi 28 gr Dagenan, pe cale bucală.

Evoluţia cazului cu acest tratament a fost cât se poate de bună. După 3 zile de tratament toate simptomele meningeale, care erau foarte alarmante la intrarea în serviciu, regresează în mod considerabil, pentru ca după 6 zile de tratament să dispară complet Lichidul cefalorachidian a 5-a zi dela începutul tratamentului este complet clar şi nu mai conţine nicio floră microbiană. La 8 zile după prima injecţie cu ser bolnavul face o uşoară boala serului, care dispare în 4 zile. In 20 Ianuarie, deci după 20 zile de internare în spital, bolnavul părăseşte serviciul complet vindecat.

In rezumat, se poate spune că şi acest caz de meningită cerebro-spinală epidemică s'a vindecat foarte repede în urma tratamentului asociat aplicat: seroterapie şi sulfamidoterapie cu Dagenan.

In ce priveşte rolul ce revine sulfamidoterapiei şi seroterapiei în vindecarea acestor cazuri noi înclinăm a crede că în cazurile de faţă un rol covârşitor l-a avut şi chimioterapia. Aceasta din următoarele motive:

1. Seroterapia a fost aplicată în doze moderate (200—400 cc.), în orice caz nu ca în alte cazuri, unde utilizăm doză totală mult mai mare (1000 cc.).

2. Această terapie cu ser am aplicat-o aproape numai intramuscular, numai în a 2-a observaţie am dat 20 cc, ser şi pe cale intrarachidiană.

3. In cazurile de meningite meningococice tratate numai cu ser vindecarea se produce foarte încet şi progresiv, fenomenele de meningită dispar foarte lent. Or în cazurile de faţă în a 4—8-a zi a tratamentului, se produce o ameliorare bruscă în starea bolnavului şi vindecarea progresează apoi foarte rapid.

Este foarte probabil că şi seroterapia îşi are partea sa în vindecarea acestor cazuri, de aceea noi preferăm terapia asociată în aceste cazuri: ser antimeningococic (cel puţin intramuscular) şi sulfamidoterapia. Este posibil că sub acţiunea sulfamidelor să se pună în libertate în circulaţie multe toxine microbiene şi de aci indicaţia de a asocia şi seroterapia pentru a neutraliza aceste toxine.

Dintre toate sulfamidele necolorate utilizate până acum, se pare că în meningita cerebro-spinală epidemică, mai eficace este para-amino-fenil-sulfamido-piridina sau dagenan-ul, pe care l-am utilizat şi noi.

Se pare că această nouă sulfamidă este foarte activă asupra cocilor de tipul diplococilor. Astfel s'au înregistrat rezultate foarte bune în pneumonii, meningite cu pneumococi. S'au obţinut apoi rezultate foarte bune în infecţiunile gonococice. Şi acum se înregistrează rezultate excelente în meningitele cerebro-spinale cu meningococi şi în general în meningococii. S'au obţinut în toate aceste infecţiuni diplococice, rezultate superioare, decât cu celelalte preparate de sulfamidă.

In ce priveşte calea de administrare a sulfamidelor, în meningita cerebro-spinală cu meningococi, aceeaşi problemă se pune ca şi în celelalte meningite. De sigur că administrarea pe cale bucală a preparatelor sulfamidate, este foarte activă şi în multe cazuri este suficientă această cale pentru vindecare, cum a fost şi în cazurile noastre, însă în unele cazuri, rezultatele nu sunt aşa de satisfăcătoare şi este necesar de a recurge concomitent şi la injecţiuni intrarachidiene la început.

In ce priveşte dagenan-ul, pe care noi îl considerăm mai activ în aceste stări şi-l preferăm, mai des se utilizează pe cale bucală şi de obiceiu s'a arătat foarte eficace numai pe această cale, ca şi în cazurile noastre.

De altfel la noi în ţară nici nu dispunem de dagenan injectabil, care încă nu este autorizat, astfel că deocamdată ne mărginim la administrarea lui pe cale bucală. Dacă totuşi dorim să dăm concomitent sulfamidă şi intrarachidian sau intramuscular, putem ataşa soluseptazina sau sulfamida 1162 F. 0,8%.

In ce priveşte dozajul sulfamidelor, autorii sunt în faza de încercare, de sigur că acest dozaj variază până la un punct cu vârsta bolnavilor şi cu gravitatea cazurilor. La copii, dozele obişnuit utilizate sunt de 1,5 gr — 2 gr pe zi pe cale bucală şi alte căi; la adulţi 3—8 gr pe zi, luate în doze fracţionate de 4—5 ori în cursul zilei. Unii autori depăşesc aceste doze. In primele 3—5 zile de obiceiu se dau doze mai mari, apoi doze mai mici. Se administrează timp mai îndelungat, de obiceiu 7—15 zile, astfel că se ajunge la doza totală de 20—100 gr şi mai mult. Bolnavii noştri a primit o doză totală de 23—28 gr dagenan, doză relativ mică. Când în cursul tratamentului se produc reacţiuni de intoleranţă (cianoză, greaţă, vărsături, erupţiuni cutanate etc.), tratamentul se suspendă pentru 1—2 zile, sau se reduc dozele şi în caz de lipsă, poate fi reluat.

Din rezultatele obţinute de alţi autori şi din experienţa noastră personală redusă, noi credem că arsenalul terapeutic al meningitei cerebro-spinale cu meningococi, s'a îmbogăţit foarte mult prin introducerea sulfamidelor, în special a dagenan-ului, în tratamentul acestor meningite. Insă noi totuşi suntem de părere ca să facem în aceste cazuri o terapie asociată: seroterapie şi sulfamidă (dagenan); în acest fel rezultatul

terapeutic probabil va fi mult superior. Utilizăm această terapie asociată şi nu numai sulfamide, după cum propun unii autori, mai ales fiindcă statisticile din România, în ce priveşte valoarea seroterapiei antimeningococice, arată un rezultat foarte bun.

Bibliografie

R. Martin şi *A. Delaunay:* La Prese Medicale, Nr. 80, p. 1406–9, 1937.

R. Tiffeneau şi *I. Meyer:* Paris Medical, Nr. 38, p. 215—19, 1937.

A. Delille, Lestocquoy, R. Tiffeneau, Wolinetz şi *I Meyer:* Soc. Med Hop., p. 1246—50 Paris 1937

R. Martin: B. M. Soc. Med. Hop., p. 1175—1195, Paris, 1938.

R. Marquezy, A. Launay şi *Mage:* B. M. Soc Med. Hop., p. 1459–66, Paris, 1938.

Zagdoun şi *Oemischen:* B. M. Soc. Med. Hop., p. 1571—75, Paris, 1938.

R. Maspetiol şi *H. Muschas:* B. M. Soc. Med. Hop., p. 1681—83. Paris 1938.

A. Cain, R. Catlan şi *H. Sikorav:* B. M. Soc. Med. Hop., p. 618—20. Paris 1938.

Brulé, Hillemand, Wertheimer şi *Wolinetz:* B. M. Soc. Med. Hop., p. 1128—31. Paris 1938.

J. Decourt, R. Martin, Herault şi *Pauthier:* B. M Soc. Med. Hop., p. 339—43. Paris 1939

Celice şi *Soalhat:* B. M. Soc. Med. Hop., p 921—23 Paris. 1939.

A. Germain şi *G. Gautron:* B. M. Soc. Med. Hop. Paris 1939.

Chevrel, Bodin şi *Guihard:* B. M. Soc. Med. Hop., p. 1260—64. Paris 1939.

Mouguin, Plichet şi *Benvier:* B. M. Soc. Med. Hop., p 1271—73. Paris 1939.

Lechelle şi *Charousset:* B. M. Soc. Med. Hop., p. 300—5 Paris 1939.

Dereux: B. M. Soc Med. Hop., p. 155—7. Paris 1939.

Weill-Halle, Meyer, Tiffeneau: B. M. Soc. Med. Hop., p. 1255 Paris 1937.

Hortopanu şi *Magda:* Vestul Medical, p. 89—97, 1939.

Buzoianu G. Prof.: Clujul Med. 1939. Rev. St Oto-rino-laringologice 1938—1939.

Gavrilă I. şi *V.:* Clujul Med 1937, p. 427—37.

Nicolau şi *Popescu:* Raport la primul Congres Naţional de boli contagioase, Craiova 1934

(SPITALUL EPIDEMIC DIN CLUJ
SERVICIUL DE BOLI CONTAGIOASE DIN SPITALUL PUBLIC SIBIU

Medic primar: Conf. Dr. I. Gavrilă).

RESUMÉ

La chimiothérapie dans la méningite cérébro-spinale épidémique

On fait d'abort une courte revue de la littérature médicale sur la sulfamidothérapie dans les méningites, plus spécialement dans la méningite cérébro-spinale épidémique. On relate deux observations personneles de méningite cerébro-spinale épidémique avec des meningocoques, où l'on a obtenu un résultat thérapeutique excellent avec le traitement associé : sérothérapie et sulfamidothérapie avec dagenan par voie buccale. Les deux cas ont complètement guéri dans 10 jours L'auteur conclue que l'arsenal thérapeutique de la méningite cérébro-spinale épidémique s'est enrichi beaucoup par l'introduction des sulfamides, surtout du dagenan, dans son traitement. L'auteur est d'avis que dans ces cas on doit faire une thérapie associée sérothérapie et sulfamide (dagenan). Ainsi le résultat thérapeutique est probabelement beaucup superieur à la seule sulfamidothérapie, comme la préconisent certains auteurs dans le dernier temps. L'auteur propose cette thérapeutique associée surtout parceque les statistiques de Roumanie montrent de très bons résultats en ce qui concerne la valeur de la sérothérapie antimeningococique.

ZUSAMMENFASSUNG

Chemi-Therapie in epidemischer Menin-gitis-Cerebro-Spinalis

Dorerst behandeln wir kurz die medizinische Literatur über die Sulfamido-Therapie bei Meningitis, hauptsächlich bei epidemischer Cerebrospinal-Meningitis. Sodann wird über zwei persönliche Beobachtungen bei epidemischer Cerebro-Spinal-Meningitis mit Meningokoken berichtet wobei ein ausgezeichnetes Rezultat mit einer kombinierten Behandlung erzielt wurde u. zw: Serotherapie und Sulfamidotherapie mit Dagenan.

Beide Fälle heilten in 10 Tagen vollkommen. Der Autor folgert, dass sich das therapeutische Arsenal der epidemischen Cerebro-Spinal-Meningitis sehr bereichert hat durch die Einführung der Sulfamiden, hauptsächlich durch das Dagenan, in der Behandlung dieser Meningiten. Er ist der Ansicht, dass in diesen Fällen eine kombinierte Behandlung vorgenommen werde: Serotherapie und Sulfamide (Dagenan). In diesen Fali ist das therapeutische Rezultat ein bedeutend besseres, als nur bei Sulfamidotherapie allein, welche einige Werfasser in letzterer Zeit so übermässig loben. Der Verfasser ratet diese kombinierte Therapie an, zu al die Statistiken in Rumänien bezüglich des Werts der antimeningocockischen Therapie sehr gute Rezulate aufweisen.

Bloc atrio-ventricular complet de origine gripală

de

Dr. V. Secărea şi **Dr. Al. Ciplea**

La tineri, blocul atrio-ventricular poate fi de natură congenitală — coexistând cu anomalie de sept — sau de natură infecţioasă. Dintre infecţiuni, difteria, maladia lui Bouillaud, febra tifoidă, stau pe primul plan. Foarte rare ori intervin alte infecţiuni, cum este cea pneumonică sau gripală — deşi aceste infecţiuni au o frecvenţă foarte mare.

De obiceiu se întâlnesc blocuri atrio-ventriculare parţiale, blocul complet fiind foarte rar.

Cât priveşte durata acestor tulburări de conductibilitate, este cunoscut că sunt mai ales tulburări trecătoare, permanentizarea lor fiind cu totul excepţională.

Un asemenea excepţional de rar caz am avut ocaziunea să-l observăm în serviciul Clinicei Medicale a d-lui Profesor Haţieganu.

E vorba de *un băiat, în vârsta de 16 ani*, ucenic măcelar, în ale cărui antecedente heredo-colaterale nu aflăm nimic important. Din antecedentele sale personale reiese că în copilărie ar fi suferit de pojar şi varicelă. Inainte cu doi ani a avut un icter de durată mai lungă. Neagă alte afecţiuni infecto-contagioase sau venerice.

La intrarea în clinică (19 Aprilie 1938), boala pentru care se prezenta data de 11 zile şi a debutat printr'o stare generală rea, catar oculo-nasal, temperatură până la 38°, tuse, dureri musculare, şi perioculare. Această stare a durat vreo patru zile, apoi fenomenul s'a amendat. După alte două zile bolnavul şi-a reluat ocupaţiunea, dar la câteva ore numai, a observat că starea generală rea îi revine, acompaniată de cefalei, uşoară dispnee şi un junghiu la baza emitoracelui drept. I se constată o congestie la baza dreaptă. Zilele următoare starea generală se menţine aceeaşi. Temperatura 38,7°. Pulsul bine bătut, 80/minut. Obiectiv i se constată în plus fenomene de condensaţie şi infraclavicular stâng. După o altă zi apar frecături pleurale la baza dreaptă şi expectoraţia devine rubiginoasă.

La intrarea în clinică prezintă o stare generală alterată, pometii vultuoşi, herpes labial. Nimic articular. Senzoriul clar. Reflexele pupilare se produc. Uşoară iperemie faringiană. La baza pulmonului drept şi subclavicular stâng submatitate. Asupra submatităţii dela baza dreaptă, anterior frecături pleurale, posterior respiraţia diminuată, cu foarte rari raluri crepitante. Asupra submatităţii infraclaviculare stângi, suflu tubar. Asupra restului câmpului pulmonar, sonoritate cu murmur vezicular. Emidiafragmul stâng mobil, drept imobil. Şocul apexian bate înlăuntrul liniei mamelonare. Aria matităţii precardiace în limite normale. Sgomotele cardiace bine bătute la toate focarele, uşor bradicardice: 48/minut. Tensiunea arterială: 13—4 (V-L). Abdominal nici un punct sensibil. Ficatul nu este mărit. Splina nu se palpează. In urină urme de albumină. Microscopic: săruri amorfe, rari leucocite şi celule epiteliale descuamate.

Se pune bolnavul la regim lactat-hidric; se aplică tot la două ore comprese reci şi i se administrează infuzie rad. ipeca, injecţii cardiazol şi injecţii pyridium.

Zilele următoare bolnavul se menţine în aceeaşi stare. Pulsul 60/minut, dar bătut slab. Se administrează digitalină, după care pulsul scade la 30/minut, membrele îi sunt foarte reci, uneori acoperite de transpiraţiuni profuze. Are mici tresăriri musculare. E somnolent, dar conştient. Prezintă respiraţii ample, foarte frecvente. Sgomotele cardiace clangoroase. Uneori sgomotul I la vârf pare dedublat. Subiectiv nu are nici o acuză.

Se suprimă digitalina şi i se administrează atropină. După 5 zile pulsul revine la 50—60/minut, ca înaintea administrării de digitalină. La examenul electrocardiografic se constată o disociaţie atrio-ventriculară.

Temperatura, care scăzuse deodată cu pulsul, acum se ridică din nou, iar la baza stângă apar fenomene de pleuro-pneumonie. Tot timpul cât durează temperatura, o dispnee accentuată (3—47/minut) obligă pe bolnav să stea mereu în ortopnee. In câteva rânduri a prezentat şi uşoare dureri precardiace, pasagere.

La punctiile pleurale repetate se scoate din ambele cavităţi pleurale un lichid sero-citrin, puţin abondent, cu reacţia Rivalta pozitivă şi cu un sediment în care au predominat când limfocitele, când polinuclearele. Spre sfârşitul bolii au fost multe celule epiteliale descuamate.

După trei săptămâni dela internare, temperatura a început să scadă. La examenul radioscopic s'a constatat o scleroză hilară şi umbră costo-marginală bilaterală.

Din a patra săptămână a devenit afebril, iar fenomenele pulmonare au dispărut. Examenul electrocardiografic repetat după o săptămână, după cinci luni şi după 10 luni a arătat mereu acelaş aspect de bloc complet atrio-ventricular.

Bolnavul, cu toate contraindicaţiunile noastre, şi-a reluat ocupaţiunea de ucenic măcelar. La controlul repetat după ieşirea din clinică, se constată că starea generală este foarte bună, a crescut în înălţime, greutate şi forţă şi işi vede nestângenit de ocupaţiune.

Este prin urmare vorba de un bloc atrio-ventricular, care se instalează în cursul unei gripe cu complicaţiuni pulmonare (pleuro-pneumonie).

* * *

Blocul atrio-ventricular, mai ales dela introducerea în clinică a electrocardiografiei, nu constitue o raritate. Mai ales blocul parţial îl întâlnim în legătură cu afecţiuni endo-miocardice. Blocul complet se întâlneşte mai rar, dar este o afecţiune cu un cadru bine definit.

La persoanele tinere cauza cea mai frecventă care produce această afecţiune este o localizare la acest nivel a unor leziuni produse de maladia lui Bouillaud. La persoanele adulte, mai ales la cele peste 40 de ani, leziunea este de natură ateromatoasă. Intr'un număr de cazuri este vorba de o leziune de natură specifică şi în majoritatea acestor cazuri reacţiunile serologice sunt pozitive.

In foarte rari cazuri, blocul atrio-ventricular este produs de infecţiunea gripală. Este mai ales vorba de un bloc incomplet şi numai excepţional se produce un bloc complet, ca în cazul bolnavului nostru.

Cazuri de disociaţie atrio-ventriculară apărând la tineri în cursul reumatismului articular acut sunt puplicate în literatură. Astfel, Gh. Aubertin şi Robert Lévy publică studiul bazat pe două observaţiuni pri-

vind două tinere fete cu antecedente reumatismele nete (sechele polivalvulare mitro-aortice) care, în cursul unui nou puseu reumatismal, au prezentat un blocaj atrio-ventricular parţial şi intermitent, cu revenirea rapidă a ritmului sinusal fiziologic.

Un alt caz, publicat de Kaplan şi J. Parot, ne arată posibilitatea de a întâlni, datorită electrocardiografiei, turburări importante de ritm şi de conducere atrio-ventriculară la reumatisme articulare acute fără semne clinice de leziune cardiacă.

In Clinica Medicală din Cluj s'au observat, la fel, mai multe cazuri de blocare a fascicolului atrio-ventricular la bolnavi cu reumatism poliarticular acut. Câteva din ele au şi fost prezentate la Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj, de către d-l Dr. A Moga.

Dar cele mai dese leziuni care produc disociaţia atrio-ventriculară, după cum afirmă şi Donzelot atunci când caută să documenteze dualitatea normală a automatismului cardiac, sunt leziuni banale şi difuze de scleroză şi de degenerescenţă, cel mai des produse de alteraţiuni arteriale sau asociate acestora. Acestea, natural, se întâlnesc mai des peste vârsta de 40 de ani, în perioada polisclerozei şi a ateromatozei.

Cercetătorii americani găsesc şi ei leziuni similare. Astfel, G. H. Anderson publică două cazuri de bloc atrio-ventricular complet cu fibrilaţie auriculară şi extrasistole ventriculare, la al căror examen isto-patologic, au aflat pe lângă leziuni scleroase endocardice valvulare, o reacţiune fibroasă difuză, a regiunei nodale, cu degenerescenţă hialină şi infiltraţiune calcară, precum şi o ateromatoză moderată a coronarelor, dar cu ramurile destinate sinusului şi nodului atrio-ventricular normale.

Probabil că în cazul când sifilisul este cauzatorul acestui sindrom, baza materială ar constitui-o tot o alteraţiune vasculară sau perivasculară, de natură luetică în acest caz. Astfel trebue privit şi cazul de disociaţie atrio-ventriculară publicat de Barbe şi care prezenta un suflu sistolic aortic şi o ipertensiune arterială.

Un caz similar de bloc atrio-ventricular la un sifilitic cu aortită a fost observat şi autopsiat, iar apoi comunicat la Reuniunea Anatomică din Cluj de Dr. A. Moga şi Dr. R. Popa.

In mod cu totul excepţional, leziunea fascicolului poate fi produsă de o gomă sifilitică sau bacilară, sau de către o tumoră.

Un număr de cazuri ar constitui forma neurogenă a acestui sindrom, formă a cărei primă descriere a făcut-o Morgagni, la mijlocul secolului al XVII-lea. Krükskemper publică un asemenea caz, la care disociaţia atrio-ventriculară ar fi datorită unei encefalite, cu atingerea originilor vagului.

Bullrich şi Lacroze redau încă o observaţie interesantă de disociaţie atrio-ventriculară, în acest caz post traumatică — pe urma unei căderi de pe cal, pe partea stângă a pieptului.

Vom mai aminti posibilitatea de a afla un bloc complet congenital, cum este cazul observat şi studiat de Louis Calandre.

Turburarea conductibilităţii prin fascicolul atrio-ventricular mai poate fi produsă prin intoxicaţiuni medicamentoase — în special medicamentele din grupul digitalei (dar acestea nu sunt turburări care să se permanentizeze), — sau de stări toxi-infecţioase, ca difteria, uremia, guta, endocardita malignă, apendicita.

Pe lângă aceste cauze, care sunt cele mai frecvente în producerea disociaţiei atrio-ventriculare, mai este una încă ne pe deplin confirmată. Dykes, Neuhof, Porter, D. Routier au găsit în cursul pneumoniei bradicardii care prezentau toate caracterele unui blocaj atrio-ventricular.

Fromel şi Thévenod publică observaţia unui bolnav care, cu ocazia unei pneumonii, a prezentat o disociaţie completă atrio-ventriculară, disociaţie care a dispărut apoi. Autorii nu sunt siguri dacă pneumonia a avut rolul aici, sau că digitala administrată a fost în cauză, rolul pneumoniei fiind mai şters, adjuvant.

Prof. Sturza relatează un caz de bloc atrio-ventricular, după o pneumonie, la un băieş, care a mai trăit încă vre-o 20 de ani cu blocul, mai trecând în acel interval de timp încă peste vre-o două pneumonii.

In fine, infecţiunea gripală, la rândul ei, poate produce disociaţia atrio-ventriculară.

Incă în 1922, Mentl a publicat studiul său: „Starea inimii după gripă", din care reiese că endocardita gripală este foarte rară şi că tulburările observate de autor se raportau mai ales la funcţiunea miocardică. Autorul invoca, ca şi Aviragnet şi Lutembacher în cazul difteriei, impregnaţiunea toxică a fascicolului de conducere, ceea ce explică, printre simptomele obiective observate, turburări de conductibilitate.

Kahlstorf, într'un studiu asupra modificărilor aparatului circulator în epidemia de gripă din 1936/37, conchide că în literatură au fost semnalate, în legătură cu gripa, dintre modificările electrocardiogramei, mai ales turburări de conductibilitate. Astfel citează pe Dressler şi Kiss, care au observat un bloc complet la un student de 21 ani două săptămâni după o gripă. Litzner şi Hartleb comunică două observaţiuni la care în timpul convalescenţei au apărut turburări de conducere în forma perioadelor lui Wenckebach.

Prin urmare, turburările de conductibilitate pot surveni şi în cazul infecţiunei gripale.

* * *

Revenind la cazul nostru şi insistând asupra diagnosticului diferenţial, vedem în primul rând că nu poate fi vorba de o afecţiune congenitală, blocul ne fiind preexistent ci consecutiv infecţiunii gripale. Nu poate fi vorba nici de o etiologie traumatică, întru cât traumatismul nu s'a întâmplat. Bolnavul nu are antecedente specifice, reacţia Bordet-Wassermann în sânge a fost negativă. Se exclude deci şi etiologia luetică. Nu a suferit anterior sau concomitent de difterie, nu a prezentat fenomene de encefalită sau alte fenomene nervoase, nu e în vârsta ateromatozei, pentru a bănui una din etiologiile de acest fel.

In antecedentele sale personale nu găsim nicio urmă de reumatism, nu a avut niciodată dureri articulare, nu prezintă o leziune valvulară, iar afecţiunea lui actuală nu a evoluat cu nici un semn patognomonic pentru reumatism. Nici de atunci încoace nu a avut vre-un puseu reumatismal.

Nu credem să poată fi vorba nici de influenţa toxică a picăturilor de digitalină ce i s'a administrat, deoarece pulsul deja coborîse când s'a început administrarea digitalinei, apoi injecţiunile de atropină nu au putut face să cedeze blocul. Acest lucru nu l-a putut face nici timpul şi nici după zece luni disociaţia nu a cedat.

După toate probabilităţile, cauza acestei disociaţiuni atrio-ventriculare este infecţiunea gripală, care i-a produs şi focarele multiple de pleuro-pneumonie, în cursul evoluţiei cărora s'a instalat blocul. Legătura dintre aceste manifestaţiuni este aşa de strânsă şi aşa de evidentă, încât nu se poate trece peste ea. Avem prin urmare de a face cu un caz de disociaţie atrio-ventriculară completă de natură gripală.

Am ţinut să inserăm acest caz în literatura medicală românească în primul rând pentru raritatea sa iar în al doilea rând pentru excepţionala sa evoluţie, prin faptul că perturbaţiunea de ritm nu este pasageră, ca în celelalte cazuri similare citate în literatură, ci se permanentizează. Totodată amintim benignitatea — cel puţin aparentă — a afecţiunei, ca leziune constantă în acest caz, bolnavul continuându-şi meseria grea de măcelar, fără acuze subiective. O evoluţie la fel de benignă a avut şi cazul observat de d-l Profesor Sturza şi citat de noi mai sus.

Bibliografie

1. *Anderson G. H.:* Journ. Amer. Med. Assoc., 16 Mai 1925,
2. *Aubertin Ch. et Lévy Robert:* Concours Médical, 10 Oct. 1937.
3. *Barbe:* Bull. de la Soc. de Méd. et de Climatol. de Nice, juin—juillet 1925.
4. *Bullrich* şi *Lacroze:* Revista de la Soc. de Med. interna. juillet 1925.
5. *Calandre:* Turburările de ritm cardiac, Madrid, José Molina, 1925.
6. *Fromel et Thevenod:* Arch. de maladies du Coeur, des v. et du sang, 1926, p. 528.
7. *Haţieganu-Goia:* Tratat elementar de Semiologie şi Patologie Medicală, vol. I.
8. *Kahlsorf:* Deutsche Med. Wochenschr, Nr. 2, Ian. 1938.
9. *Kaplan et J. Parrot:* Gazette des Hôpitaux, Nr. 88, 1938.
10. *Krüskemper:* Zentralbl. f. Herz- u. Gefässkr Nr. 8, 1925.
11. *Mentl:* Starea inimei după gripă, 1922.
12. *Moga:* Clujul Medical şi Darea de seamă a Soc. Şt. Medicale 1934, p. 58.
13. *Moga* şi *(Rubin) Popa:* Clujul Medical şi Reuniunea Anatomică
14. *Moga şi Ciplea:* Darea de seamă a Soc. Şt. Medicale, Cluj 1938, p. 135.
15. *Sturza:* Darea de seamă a Soc. Şt. Med., Cluj, 1939, p. 38.

(CLINICA MEDICALĂ I CLUJ
Director: Profesor Dr. I. Haţieganu)

RESUMÉ

Bloc atrio-ventriculaire complet, d'origine gripale

Les auteurs communiqent le cas rare d'une jeun, âgé de 16 années, presentant, pendant l'evolution d'une pleuro-pneumonie gripale, un bloc atrio-ventriculaires complet, qui se permanentise, ne cessant ni après 10 mois du debut de la maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein komplekter gripaler Atrio-Ventricularisblock

Die Verfassern kundigen den seltenen Fall einer Jungen von 16 Jahre, bei dem im Verlauf einer gripaler Pleuro-Pneumonie ein komplekter Atrio-Ventricularisblock entsteht, der nach 10 Monaten seit der Beginn der Krankheit noch dauert.

Paraplegie corticală prin traumatism accidental al vertexului în regiunea interparietală

de

Dr. Duma Desideriu, asistent

Paraplegiile organice, în ce priveşte localizarea leziunilor, se produc prin o serie de procese patologice, care pot interesa atât sistemul nervos central (creerul şi măduva), cât şi sistemul nervos periferic (radiculite, polinevrite), sau sistemul muscular (miopatii).

Paraplegiile de origine cerebrală se produc prin leziunea ambilor lobuli paracentrali, formaţi de treimea superioară a circumvoluţiunei frontale ascendente şi de porţiunea corespunzătoare de pe faţa internă a hemisferului respectiv, în aceasta regiune fiind situaţi centrii corticali ai mişcărilor membrelor inferioare.

La adult originea traumatică accidentală este excepţională în timp de pace, în opoziţie cu ceea ce se întâmplă în războiul de tranşee, când tocmai creştetul devine partea cea mai vulnerabilă a corpului putând fi atins destul de des prin glonte în dreptul regiunii paracentrale, fie tangenţial, producând numai o înfundătură în calota craniană sau pătrunde în interior, având însă orificiile de intrare şi de ieşire foarte apropiate.

Studiul amănunţit al paraplegiilor traumatice corticale s'a făcut chiar pe aceste cazuri survenite în războiu, ocupându-se de aceasta chestiune îndeosebi: Claude şi Lhermitte M-me Bénisty, Chatelan şi de Martel, descriindu-se trei tipuri caracteristice.

In clinica neurologică din Cluj dela 1918—1940, n'am avut ocazia să studiem decât un singur caz de paraplegie corticală traumatică accidentală (un al doilea caz văzut numai la ambulanţă a refuzat internarea). In literatura medicală de asemenea sunt semnalate foarte rar; astfel urmărind aceasta chestiune în Revue Neurologique dela 1922—40, n'am găsit decât cazul lui Lévy-Valensi şi Ezes din 1930 şi acesta recensat din „L'encéphale". Aceasta raritate a publicaţiilor cât şi unele aspecte speciale ale cazului nostru, care ne obligă la un diagnostic diferenţial foarte fin cu paraplegiile traumatice de origine medulară, ne determină, să-l dăm publicităţii în cele ce urmează:

Muncitorul de pădure *L. Alexandru*, în vârsta de 28 ani fără antecedente patologice ereditare sau personale, într'o noapte din lunie 1936, pe când se întorcea acasă dela lucru, a fost atacat dela spate şi lovit în creştet cu un par de indivizi cari apoi l-au jefuit Bolnavul în urma loviturii imediat a căzut jos în nesimţire în care stare fiind găsit mai târziu de alţi tovarăşi, a fost transportat cu căruţa acasă, unde numai după trei zile şi-a revenit, constatând atunci o paralizie flască şi completă a membrelor inferioare, sensibilitatea cărora de asemenea era cu totul dispărută. Afară de aceasta avea în creştet o rană deschisă care a sângerat, cu ţesuturile din jur tumefiate, cât şi o cefalee pulsatilă foarte puternică şi continuă cu ameţeli şi turburări ale vederii cari se accentuau la cea mai mică încercare de schimbare a poziţiei capului pe perină. Se mai plângea de junghiuri în hemitoracele drept, chiar sputa fiindu-i sanghinolentă câteva zile, prezentând şi o serie de echimoze dureroase pe membre şi spate, cari dovedeau că jefuitorii lui au continuat să-l lovească şi după ce a căzut în nesimţire. Afirmativ n'a avut nicio turburare motilitară din partea membrelor superioare, vorbirea cât şi sfincterele de asemenea au rămas nealterate.

După câteva zile tumefacţia din creştet retrăgându-se şi rana vindecându-se, a putut constata în locul loviturii o înfundare a părelului osos cranian. Abia numai după circa 5 săptămâni de paralizie completă — între timp s'au ameliorat şi acuzele subiective — a început să-i revină motilitatea membrelor inferioare, fără să ne poată preciza la care membru şi în ce ordine cronologică au reapărut mişcările, încât după vreo 7—8 săptămâni dela accident a putut părăsi patul şi să facă câţiva paşi cu ajutorul unui baston, având o mare nesiguranţă în mers, iar membrele inferioare le simţea „înţepenite". Ameliorarea aceasta a progresat cu încetul, simţurile în membrele inferioare au revenit aproape complet, cefalea şi ameţelile nu-i apăreau decât după eforturi sau când se apleca, mersul a devenit posibil şi fără baston, dar era nesigur şi cum continua să fie incapabil de lucru s'a hotărît să ne consulte abia numai după 7 luni dela accident, până la acea dată rămânând acasă fără nicio îngrijire medicală, iar când în urma examinărilor noastre i-am propus o intervenţie chirurgicală, ca singura posibilitate care putea să-i aducă vreo ameliorare, a refuzat în modul cel mai categoric, părăsind clinica.

La examenul obiectiv constatăm o stare generală excelentă, fără atrofii musculare sau turburări vaso-motorii. Sistemul osos intact, exceptând vertexul, unde pe linia sagitală o depresiune a peretelui cranian de mărimea unei piese de 100 lei, uşor alungită în sens antero-posterior, adâncă de 1 cm., localizată după procedeul topografic cranio-cerebral al lui Krönlein, în vârful verticalei, care prelungind marginea posterioară a apofizei mastoide, atinge sutura interparietală; acestei regiuni corespunzându-i extremitatea superioară a frontalei ascendente, adeca lobului paracentral. Nu constatăm modificări oculo-pupilare şi în special reflexele pupilare sunt normale. Fund de ochi şi câmpul vizual normale, acuitatea vizuală la O. D. = 1/2, la O. S. = 1/3 (cl. oftalmologică). Prezintă o otită medie catarală bilaterală fără alterarea acuităţii auditive (clinica O. R. L.), cât şi reacţiuni vestibulare alterate în sensul unei hipoexcitabilităţi, precum urmează: Proba voltaică: cu polul + la U. D. deviază spre dreapta la 12 m amp., cu polul pozitiv la U. S. deviază la 5 m amp. înapoi. După proba rotatorică postnistagmul apare în direcţia normală, dar se epuizează după 5—6 oscilaţiuni la învârtirea dela dreapta spre stânga şi după 2 oscilaţiuni la învârtirea contrară. Nistagmul caloric cu apă rece de 28° C. apare numai după 1 1/2 minute de irigare, în sens normal cu o durată de 10" la irigarea U. D. şi 20" la U. S.

Nu prezintă nimic de remarcat din partea celorlalţi nervi cranieni şi nici din partea membrelor superioare.

Examenul motilităţii active la membrele inferioare arată o uşoară limitare a lor numai în extremitatea distală cu deosebire

a extensiunii degetelor şi a flexiunii dorsale a picioarelor, mai prenunţată în dreapta ; în celelalte segmente amplitudinea mişcărilor este normală, dar ele se fac cu oarecare încetineală. Deşi aceste mişcări izolate (bolnavul fiind examinat în decubit dorsal) le execută destul de bine, totuşi mersul este destul de greoiu, având un caracter spastic şi nesigur şi cu baza de sustentaţie uşor mărită. Extensiunea capului în timpul mersului exagerează nesiguranţa în mod evident. Aceste turburări devin mai accentuate în fugă, pe care abia o poate executa, cât şi în saltul biped sau uniped. Semnul lui Romberg pozitiv.

Mişcările de preciziune încă sunt alterate, aşa proba călcâiului şi proba ducerii călcâiului pe creasta tibiei le execută cu ipermetrie, iar la proba punerii piciorului pe scaun apare asinergia, executând disociat flexiunea coapsei pe bazin şi extensiunea gambei pe coapse, mai ales în dreapta. La mişcări pasive se constată o hipotonie destul de pronunţată în toate segmentele, care permite mişcări peste limita normală. Astfel şi la proba pasivităţii ale gambelor prezintă o serie de mişcări pendulante de mare amplitudine.

Ca mişcări asociate patologice apare discret semnul gambierului anterior cât şi al flexiunii combinate a coapsei şi a trunchiului.

Rezistenţa musculară este redusă uşor în grupa flexorilor, cu deosebire la flexorii dorsali ai picioarelor.

Mişcări de apărare nu prezintă.

Constatăm o hiperreflectivitate osteo-tendinoasă la membrele inferioare, aşa reflexul rotulian este polichinetic cu mişcări pendulante. R. achilian şi medio-plantar de asemenea sunt vii R. lui Mendel-Bechtere pozitiv numai în dreapta, iar al lui Rossolino de ambele părţi. Nu se obţine clonus al rotulei sau al piciorului.

Reflexele cutanate : abdominalele inferioare sunt abolite, celelalte se produc diminuat, reflexul cremasterian păstrat, iar cel plantar se face net în extensiune de ambele părţi.

Sensibilitatea subiectivă : Acuză o cefalee şi ameţeli, care survin după eforturi sau la schimbarea bruscă a poziţiei capului.

Sensibilitatea obiectivă : Termică şi dureroasă, nu sunt alterate, la cea tactilă localizarea este nesigură dela jumătatea gambelor în jos, tot în această regiune cercurile lui Weber sunt lărgite la 6—7 diviziuni de compas. Din sensibilitatea profundă simţul vibrator păstrat, iar cel articulo-muscular nesigur la degetele picioarelor.

Funcţiunile sfincteriene nu prezintă turburări.

Organele toraco-abdominale nu prezintă nimic deosebit.

Psihicul nu este alterat.

Examene de laborator : Urina fără elemente patologice, reacţia Wassermann în sânge negativă. Puncţia lombară în decubit fesier arată un lichid clar, având tensiunea mărită : 56 cu aparatul lui Claude, limfocite : 2 media pe mm cub. Reacţia Pandy şi Nonne-Apelt pozitive, albumina 0,30 la mie, reacţia cu benzoe coloidal şi Wassermann negative.

Examenul radiografic pune în evidenţă numai o înfundare a părelui osos cranian fără eschile, a cărei situaţie, după cum am văzut, corespunde zonei paracentrale.

Rezumând observaţia, vedem că e vorba de un individ tânăr, care a primit mai multe lovituri directe şi puternice craniovertebrale, în urma cărora şi-a pierdut cunoştinţa pe 3 zile, în care interval un rol esenţial a jucat inhibiţiunea comoţională difuză a centrilor nervoşi. Când şi-a revenit prezenta o paralizie flască şi complectă a membrelor inferioare, însoţită de alterarea masivă a sensibilităţilor obiective, dar fără turburări sfincteriene sau ale vorbirii şi fără nicio participare patologică din partea membrelor superioare. Aceasta paraplegie a evoluat apoi cronic, transformându-se într'o pareză spasmodică cu semne indiscutabile de leziune piramidală, cu un deficit motor localizat numai în extremitatea distală a membrelor, care aveau şi un aspect cerebelos (hipermetrie, asinergie) şi cu foarte uşoare turburări ale sensibilităţii obiective, fiind interesată numai partea discriminativă. Mersul bolnavului — în cursul căruia spasmodicitatea se accentua — avea un caracter nesigur, putând contribui la aceasta poate şi reacţiunile vestibulare alterate ; mai prezenta încă hipotonie şi reflexe rotuliene pendulante.

La aceste se adaugă şi o altă serie de semne, unele subiective ca cefaleea, ameţelile, altele obiective că reacţiunile vestibulare alterate, ipertensiune şi iperalbuminoză în lichidul cefalo-rachidian, toate aceste simptome fiind de observaţie curentă în turburările post-traumatice craniene.

In faţa acestui tablou clinic diagnosticul de paraplegie piramidală este atât de evidentă, încât nici nu se poate pune problema unei paralizii funcţionale.

Se pune însă întrebarea la ce nivel interesează leziunea căile piramidale în cazul nostru ? şi în special dacă paraplegia este de origine cerebrală sau medulară ?

Pentru ipoteza ultimă pledează faptul, că paralizia interesează numai membrele inferioare, în opoziţie cu paraplegia cerebrală în care participă cel puţin şi unul din membrele superioare, cât şi faptul că bolnavul a primit şi o serie de lovituri şi pe coloana vertebrală, dovedind aceasta atât echimozele de pe spate cât şi sputa sanghinolentă din primele zile de după accident. Ori se ştie că o hematomielie poate să se producă chiar în urma unui traumatism minim, fără leziuni osoase şi chiar fără antecedente patologice personale, cum citează de ex. Porot cazul unui individ care a căzut pe spate din staţiune verticală.

De altă parte nici traumatismul său cranian nu exclude producerea unei alteraţiuni la distanţă a sistemului nervos, — în speţă la nivelul măduvei, — posibilitatea aceasta fiind demonstrată şi experimental de Jakob (1912), care a putut produce focare de hemotomielie în măduva cervicală, prin izbituri puternice asupra regiunii parietale la maimuţă şi iepuri, aceste fapte fiind confirmate şi în patologia umană de Claude şi Lhermitte, care au constatat în unele răniri de război o serie de alteraţiuni pe sistemul nervos la distanţă de locul şocat, fără să fie însoţite aceste alteraţiuni la distanţă de vreo leziune a sistemului osos corespunzător.

Prin urmare ipoteza unei origini medulare a paraplegiei din cazul nostru s'ar putea pune, invocându-se una din următoarele posibilităţi patogenetice : 1. leziune osoasă prin fractură sau luxaţiune vertebrală, pe care însă trebue să o excludem prin negativitatea examenului radiologic, 2. comoţie medulară simplă sau

asociată cu hematomielie (diferența dintre ele fiind numai de intensitate), la care s'ar fi putut adăuga și leziuni radiculare sau ale meningelor de natură hemoragică.

Dar în comoția simplă leziunile sunt numai de ordin dinamic sub forma unor inhibițiuni pasagere și oricât de grav poate fi în asemenea cazuri aspectul clinic (paralizie flască completă cu turburări ale sensibilității obiective și ale sfincterelor), paraplegia cedează repede dispărând în câteva zile sau săptămâni fără a lăsa urme apreciabile, ceea ce nu cadrează cu cazul nostru a cărei paraplegie data în momentul examinării de mai bine de 7 luni.

In hematomielia traumatică turburările circulatorii nu sunt numai de natură simpatică sub formă de edeme sau de congestii ca și în comoția simplă, ci există o veritabilă ruptură vasculară cu predilecție în substanța cenușie, putându-se produce dela mici focare hemoragice punctiforme până la infiltrațiuni difuze, care pot determina aspectul clinic al unei mielite transverse foarte grave, putându-se termina fatal sau în cazuri mai favorabile evoluiază cronic sub forma unei paraplegii spastice cu atrofii musculare de tip radicular și cu o disociație siringomielică a tulburărilor de sensibilitate obiectivă, producând o infirmitate mai mult sau mai puțin completă. Ori în cazul nostru nu există atrofii musculare și nici aceasta disociație siringomielică.

In sfârșit hemoragia meningee produce o paraplegie cu anumite semne caracteristice: rachialgie intensă, cu rigiditatea coloanei vertebrale prin contractura mușchilor paravertebrali, dureri periferice de tip radicular, iar puncția lombară arată prezența sângelui în lichidul cefalo-rachidian, care este uniform colorat până la sfârșitul punctiei, toate aceste însă lipseau din simptomatologia bolnavului nostru.

Prin faptul unor semne cerebeloase pe care le-am constatat la cazul ce-l publicăm mai trebue să facem un diagnostic diferențial cu unele afecțiuni medulare, în care totdeauna găsim asemenea simptome cerebeloase, așa sunt scleroza în plăci, maladia lui Fridreich, heredo ataxia cerebeloasă, cât și unele cazuri de tumori ale măduvei cervicale, cu atât mai mult că în aceste afecțiuni factorul traumatic poate constitui o cauză cel puțin favorizantă pentru apariția simtomatologiei până atunci latentă, dar nici aspectul clinic și nici examenul chimic și biologic al lichidului cefalo-rachidian al cazului nostru nu cadrează cu bolilele sus amintite.

Rămâne astfel să discutăm originea cerebrală a acestei paraplegii, pledând în acest sens înfundarea calotei craniene din dreptul zonei paracentrale cu modificările post comoționale din lichidul cefalo-rachidian cât și aspectul și repartizarea turburărilor motilitare și de sensibilitate în extremitatea distală a membrelor inferioare, la care se mai adaugă semne de incoordonare ale mișcărilor care nu se pot explica numai prin prezența turburărilor de sensibilitate, discordanța între intensitatea acestor turburări și incoordonare fiind evidentă.

Astfel cazul nostru se poate încadra în tipul al treilea al paraplegiilor corticale, prezentând cu mici variațiuni toate semnele formei cerebelo-spasmodică.

De fapt sensibilitatea este atinsă numai în forma ei discriminativă, care îi imprimă un element intelectual, fiind în legătură cu activitatea scoarței parietale, pe care Head o numește sensibilitate epicritică în opoziție cu cea elementară și globală dependentă de activitatea stratului optic și pe care o numește sensibilitate protopatică.

Intr'adevăr Dejerine — care nu acceptă integral concepția lui Head — a descris încă în 1914 un sindrom sensitivo-cortical în legătură cu leziunile lobului parietal, caracterizat prin lipsa unui prag fix al percepțiunii, cu localizarea tactilă alterată, cercurile lui Weber lărgite cu simțul articulo-muscular și stereognostic alterate (aceste modalități ale sensibilității corespunzând cu cea epicritică a lui Head), ori acest sindrom există și în cazul nostru, dovedind astfel originea corticală turburărilor de sensibilitate a cazului nostru, deși distribuția nu este în bande longitudinale cum se întâmplă în cele mai multe leziuni ale parietalei ascendente. De fapt în acest sindrom se descriu multe variațiuni, turburarea de sensibilitate putând fi chiar globală, iar ce privește disociarea însuși Dejerine cu Mouzon au descris o formă inversă față de cea semnalată de Dejerine în 1914. Tot așa poate varia și distribuția acestor turburări, pe lângă cea radiculară fiind semnalată și forma monoplegică, hemiplegică sau segmentară (în cazul nostru distribuția de asemenea este segmentară), după cum reiesă dintr'o lucrare a lui P. Marie și Bouttier din 1922, iar I. A. Chavany și M. Léry au descris două cazuri de sindrom pseudotalamic de origine parietal, încât cu drept cuvânt conclude A. P. Marie în teza sa inaugurală din 1924, că o localizare cerebrală fără coroborarea și a altor semne, nu se poate face numai în baza distribuției și disociației turburărilor de sensibilitate.

In cazul nostru am văzut că sunt mai multe semne care arată originea corticală a leziunilor, dar ne vom mărgini să discutăm încă simptomele cerebeloase care survin aproape în toate cazurile de paraplegii corticale, ele fiind semnalate de mult și de mai mulți neurologi, fără să se fi recunoscut dela început nici natura și nici patogenia lor.

Așa sunt observațiunile lui Long și Jumenté (1910), A. Thomas și M-me Long Landry (1914), M-me Bénisty care în diferite cazuri de monoplegii și para-

plegii corticale au semnalat existenţa turburărilor de coordonare, fără să le poată explica numai prin turburările de sensibilitate care erau minime.

Claude şi Lhermitte descriu în 1916 tipul al treilea al paraplegiilor corticale cu cele 2 forme: cerebelo-spasmodică şi ataxo-cerebelo-spasmodică, iar A. Thomas în 1918 în studiul său asupra cerebelului consacră un capitol important semnelor cerebeloase de origine cerebrală, în acest sens sunt şi relatările lui L. Gatti (1921), Foix şi Théverand (1922) etc. etc.

Şi patogenia acestor turburări a fost mult discutată şi nici până azi nu este o concepţie univocă în aceasta privinţă. Astfel aceste turburări la început s'au explicat prin repercusiunea la distanţă a traumatismului cranian asupra cerebelului prin mecanismul contra loviturii; alţii ca Duret, Gérard Marchant, Duplay admit că în punctul diametral opus locului şocat se produc alteraţiuni („con de ridicare"), care în cazul traumatismelor asupra vertexului se produc în regiunea ventriculului al IV-lea, putând interesa numai vermisul, leziunea căruia dă turburări numai în membrele inferioare, proba anatomică a acestei afirmaţiuni fiind dată de un caz a lui A. Léry în care vermisul prezenta o leziune directă şi strict localizată la acest organ.

După alţii aceste simptoame cerebeloase sunt considerate ca o turburare particulară, caracteristică leziunilor cari interesează scoarţa rolandică. Aşa von Monacov admite localizarea în frontala ascendentă a sensibilităţii inconştiente profunde şi a sensibilităţii reflexe, leziunea acestei regiuni producând ataxia corticală, distinctă de cea clasică prin lipsa turburărilor de sensibilitate, iar alţii în fine presupun că o leziune bilaterală a parietalei inferioare — care pare să fie centru senzului orientării noastre în spaţiu — explică suficient apariţia acestor semne cerebeloase (M-me Bénisty).

Azi însă se ştie din fizio-patologia regiunii paracentralo-frontală (Niculescu I. şi Niculescu M.) cu două serii de simptoame caracterizează alteraţiunile acestei zone: turburări piramidale ale membrelor inferioare cu motilitatea sau exclusiv mai alterată în extremitatea distală şi turburări în fiziologia agonisto-antagonistă a muşchilor striaţi ale acestor membre, de unde rezultă incoordinaţiune, hipotonie şi reflexe pendulante.

După Gertsmann, Claude şi Lhermitte, Foix, Thévenard, Niculescu, Bruns etc., aceste simptoame se produc în urma leziunii cortexului paracentral şi a degenerării consecutive ale fibrelor cortico-pontine (fronto-parieto şi temporo-pontine), care unesc zona psihică şi sensitivo-motrică a corticalităţii cerebrale prin intermediul pedunculilor cerebeloşi mijlocii cu scoarţa cerebeloasă opusă, nucleii pontici intercalaţi pe aceasta cale constituind un releu între corticalitatea cerebrală de o parte şi corticalitatea cerebeloasă de partea opusă.

Aceste noţiuni explică şi apariţia simptoamelor de natură cerebeloasă şi atrofiile cerebeloase încrucişate în leziunile hemisferului cerebral (A. Thomas, Cornelius, H. Claude şi M-lle Loyez) şi peste tot în leziunile bilaterale şi simetrice ale regiunii parietale (Claude şi Lhermitte).

(CLINICA NEUROLOGICĂ ŞI ENDOCRINOLOGICĂ CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Minea Ioan).

RESUMÉ

Paraplégie corticale par taumatisme accidentel du vertex dans la région interpariétale

L'auteur expose la symptomatologie des paraplégies corticales en liaison avec un cas personnel. On insiste sur le diagnostic différentiel avec les paraplégies d'origine médullaire, en mentionnant aussi le syndrome sensitivo-cortical décrit pal Dejerine, comme aussi les symptomes cérébelleux avec leur pathogénie, qui surviennent dans ces paraplegies corticales.

ZUSAMMENFASSUNG

Cortical-Paraplegie durch Unfall-Trauma-tismus des Vertex in der interparientalen Gegend

Der Verfasser bespricht kurz die Simptomatologie der Cortical-Paraplegien, im Zusammenhang mit einem persönlichen Fall, indem er auf die Diferential-Diagnostik mit Paraplegien medularer Herkunft hinweist, erwähnend auch das Sensitivo-Cortical-Sindrom, beschrieben von Dejerine-als auch die Kleinhirn-Simptome mit ihrer Patogenie, welche in diesen Cortical-Paraplegien auftreten.

Un caz rar de tumora lui Ewing

de

Dr. Radu Petru şi **Dr. Susan Bartolomeu**
asistent medic primar

Există azi o serie de observaţiuni clinice, radiologice şi isto-patologice, în legătură cu o boală relativ rară în patologia osoasă, afecţiune numită *„Endoteliom mieloid-Ewing“*, *„Recticulo-sarcom Oberling“*. Autorii americani îi dau acestui tumori denumirea de *„Sarcomul lui Ewing“* fără ca să existe o dovadă morfologică sigură pentru a o clasa special într'o anumită grupă.

Aceste tumori se întâlnesc mai frecvent la bărbaţi, localizându-se cu predilecţie la epifiza oaselor lungi: la tibia, la peroneu, la umeri, la cubit, la radiu, şi la femur, mai rar la oasele scurte, spre deosebire de sarcomul osos, care se întâlneşte la diafiza acestor oase.

Un astfel de caz am avut ocazie să observăm la ambulanţa clinicei medicale I., indicându-i internarea în spitalul ortopedic.

OBSERVAŢIUNEA. — Este vorba de o fetiţă de 4 şi jum. ani, care se internează în serviciu pentru tumefierea pronunţată şi dureri foarte mari în gamba stângă.

Antecedentele heredo-colaterale şi personale, fără importanţă.

Boala datează de 6 luni, debutând brusc. Bolnava spune că în timp ce se juca cu alţi copii, a căzut şi s'a lovit puternic în partea superioară a gambei stângi. Dela această dată bolnava acuză dureri continui la acest nivel, uşoare ascensiuni febrile (37,2—37,8 °), din care cauză consultă un medic de copii, care crezând că este un reumatism, îi prescrie alifii, pe cari le urmează timp de două săptămâni, însă fără rezultat.

După 4 săptămâni părinţii copilei constată apariţia unei tumefacţiuni pe faţa anterioară a gambei stângi, pentru care motiv internează bolnava într'un spital. In serviciu se face radiografia gambei şi nu se constată nimic. Bolnava este imobilizată în pat, aplicându-se comprese cu apă stătută 2 săptămâni, după care fenomenele inflamatorii parcă cedează, la fel şi durerea. Bolnava părăseşte serviciul cu indicaţia de a păstra starea de repaus şi să aplice zilnic comprese cu apă stătută.

Abia după zece zile dela părăsirea serviciului, durerile în gambă reapar cu o intensitate şi mai mare, iar tumefierea se accentuiază, pentru care motiv bolnava este internată din nou în spital. La câteva zile după internare, la aceste fenomene se ataşează brusc temperatura ridicată (38,6 °), iar starea locală este suspectă pentru o osteomielită acută, din care cauză se decide să se intervină chirurgical. Se face deschiderea cholecţiunii locale; trepanarea şi îndepărtarea câtorva mici sechestre osoase, presupuse ca fiind produsul unei osteomielite. După operaţie vreo 18 zile temperatura oscilează între 37,4—38 °. Piciorul este imobilizat în aparat gipsat, cu fereastra în dreptul plăgii. Prin această fereastră se face toaleta (curăţirea zilnică) plăgii timp de trei luni, după care a fost scos aparatul gipsat, iar bolnava este lăsată la domiciliu, de unde urmează tratament ambulator aproximativ 3 săptămâni, după care se internează din nou în spital.

Bolnava prezintă o stare generală foarte alterată; temperatura 37,6 °, adinamie, slăbirea în forţa fizică şi greutate, inapetenţă, micropoli-adenie (difuză) inghino-abdominală stângă, precum şi impotenţă funcţională.

La examenul obiectiv, se constată o deformaţie fuziformă foarte accentuată a gambei stângi, aceasta fiind aproape de două ori mai voluminoasă decât gamba dreaptă. Tegumentele în această regiune au o coloare, normală, exceptând faţa anterioară a gambei unde prezintă leziuni ulcero-destructive pe o întindere de 15—18 cm. *(Vezi figura I.)* Pe ambele feţe laterale se observă un desemn venos foarte accentuat, începând din dreapta genunchiului şi până deasupra maleolelor.

La palparea gambei nu se simte nicio colecţie fluctuentă sau pulsaţiuni anormale, ci ne dă impresia unui infiltrat dur, de consistenţă uniformă. Articulaţiile proximale libere şi nedureroase.

La examenul radiografiilor făcute în spital, în ordinea cronologică se constată:

Pe prima radiografie a gambei stângi, făcută în 29 Sept. 1938, arată din profil: o îngroşare fuziformă a diafiziei tibiale, cu maximum de diametru la unirea treimei medii cu cea superioară. La acest nivel canalul medular apare mai îngroşat, corticala mai lărgită, mai puţin densă şi cu o uşoară tendinţă la un aspect stratificat. *(Vezi fig. II.)*

Epifizele tibiale şi peroneul sunt de aspect normal.

Pe alte două radiografii, făcute în zilele de 10 Noemvrie şi 13 Decemvrie 1938, îngroşarea fuziformă a diafizei tibiale se menţine.

Fig. I.
Aspectul macroscopic al gambei stângi. Se observă leziunile ulcere destructive pe faţa antero internă a gambei.

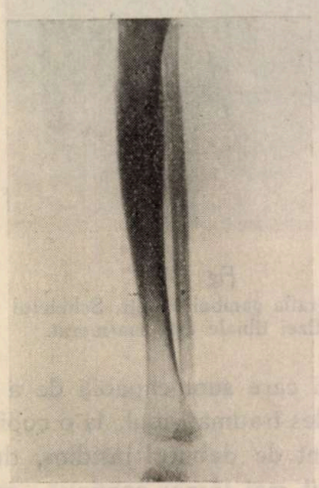


Fig. II.
Radiografia gambei stângi. Se vede îngroşarea fuziformă a diafizei tibiale.

Treimea mijlocie şi superioară prezintă un aspect marmorat, iar corticula osului la acest nivel este formată *dintr'o serie de foiţe suprapuse ca foiţele unei cepe. (Vezi fig. III.)*

Pe radiografiile făcute după intervenţia dela spitalul din provincie, în ziua de 24 Februarie, precum şi cea făcută în serviciul Spitalului Ortopedic în ziua de 8 Martie 1939, aspectul radiografic al gambei este complet modificat. *(Vezi fig. IV)* Scheletul diafizei tibiale în cele două treimi superioare apare marmorat, iar de jur împrejur ţesutul osos pare că invadează în mod neregulat în părţile moi.

Din foiţele corticalei ce se observă pe radiografiile anterioare n'a mai rămas decât uşoare urme la partea inferioară. Epifiza superioară a tibiei este încă de aspect normal. Diafiza peroneului în treimea superioară este mai transparentă, corticala este uşor

îngroşată şi difuz conturată. Părţile moi în cele două treimi superioare ale gambei sunt mult tumefiate, fără a se putea preciza un contur al masei tumorale.

* * *

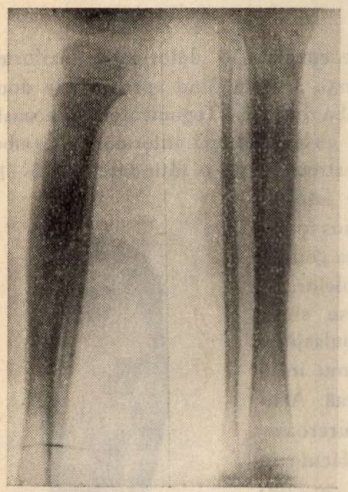


Fig. III.
Radiografia gambei. Se vede corticala tibiei formată din foiţe suprapuse.

In rezumat în acest caz, se constată apariţia unei dureri la gamba stângă în urma unui traumatism. Mai târziu gamba se tumefiază, apar frisoane şi ascensiuni febrile, din care cauză necesită intervenţie chirurgicală, presupunând un proces de osteomielită la acest nivel. Bolnava după operaţie continuă să slăbească în forţa fizică şi greutate, apar puseuri de mici ascensiuni febrile, tumefierea şi durerea gambei se accentuiază, iar cu puţin timp înainte de internare în spital apare şi o micro-poli-adenie inghinală stângă.

Având în vedere pe de o parte debutul brusc în legătură cu traumatismul şi evoluţia ulterioară, iar pe de altă parte radiografiile gambei luate în repetate rânduri, facem diagnosticul de o tumoră malignă a scheletului osos a gambei stângi.

Se pune întrebarea că această tumoră malignă unde este localizată şi din ce serie de neoplazii face parte?

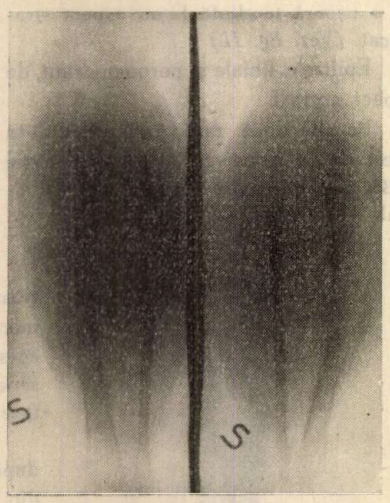


Fig. IV.
Radiografia gambei stângi. Scheletul diafizei tibiale este marmorat.

Analizând toţi factorii care sunt capabili de a o determina, cum este mai ales traumatismul, la o copilă aşa de tânără şi ţinând cont de debutul insidios, durerea intermitentă la început mai târziu continuă, micile ascensiuni febrile, emacierea progresivă, tumefierea gambei, dar mai ales radiografiile pe care se vede corticala osului formată dintr'o serie de foiţe suprapuse *„ca foiţele unei cepe"* aspect patognomic pentru tumorile plecate din seria hemopoetică, iar la examenul fizic micropoliadenia inghinală stângă, facem diagnosticul de *„Reticulo-Sarcom" (Oberling)* sau cum se mai numeşte *„Endoteliom mieloid"* (Ewing) al tibiei stângi.

Punându-se diagnosticul de un *reticulo sarcom,* având în vedere vârsta şi limitarea tumori la gambă, se decide intervenţia chirurgicală. Se face amputarea gambei în condiţiuni foarte bune, plaga vindecându-se „per primam" micropoliadenia regresând puţin, bolnava părăseşte serviciul.

Se face o secţiune longitudinală prin piesa operată (gambă) şi se examinează pe suprafaţa de secţiune *(vezi figura V.).* Se constată un ţesut omogen de culoare cenuşie, moale la palpare. Ţesutul tumoral distruge ţesutul osos şi muscular, păstrându-se doar o lamă foarte subţire periostală, între cele două extremităţi tibiale. Acest ţesut neoformat, este relativ bine delimitat şi interesează mai bine de jumătate gamba. De pe suprafaţa de secţiune prin radere se obţine un suc uşor lăptos.

Extremitatea inferioară a tibiei este intactă, la fel şi articulaţia genunchiului şi a piciorului.

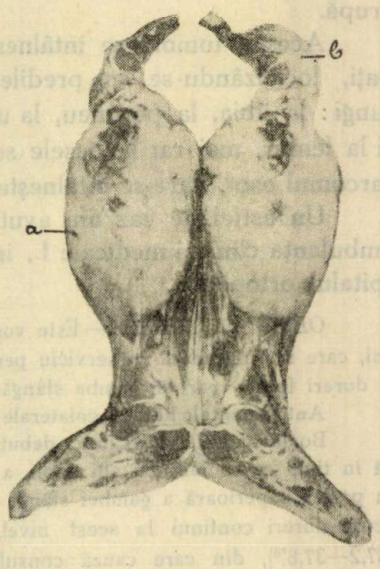


Fig. V.
Aspectul macroscopic al tumorii. *a)* Se observă masa tumorală bine delimitată şi cu un aspect omogen, iar ţesutul osos din tumoră distrus. *b)* Articulaţia genunchiului.

Examenul microscopic al piesei a fost făcut la Institutul de Anatomie Patologică din Cluj de către d-l Prof. Dr. Titu Vasiliu, care crede că este o tumoră Ewing *(vezi fig. VI.)!*

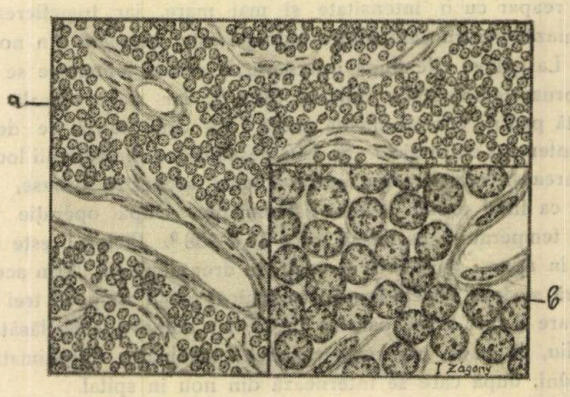


Fig. VI.
Aspectul microscopic al tumorii. *a)* Oc. 10. X. şi Ob. 10 (A). *b)* Oc. 10. X. şi Ob. 90. (Hl).

In cazul de faţă evoluţia clinică dar mai ales examenul radiologic precum şi cel istologic, arată că este vorba de un sarcom scheletic format din celule ovale şi rotunde, care fac să ne gândim la tumorile cari pleacă din celulele endoteliale ale măduvei osoase, cum sunt mielomele-reticulo sarcomele şi altele. In faţa datelor de mai sus incadrăm cazul nostru, în tumorile numite de autorii americani de *„Sarcomul lui Ewing"*.

Această neoplazie scheletică, spre deosebire de mielome, sarcomul osteogenic şi de limfogranulomatoză, care sunt de asemenea tumori din seria hematopoetică, nu dă leziuni de sistem ci numai leziuni scheletice unice, iar într'o fază foarte târzie dă metastaze în plămâni, în oasele bazei craniului şi în coloana vertebrală.

Este o tumoră osoasă malignă a tinerilor şi mai cu seamă a copiilor, afectând cu predilecţie extremităţile epifizare ale oaselor lungi, de unde în scurt timp invadează şi diafiza, ca pe urmă să se extindă la os în întregime, fără ca să dea metastaze viscerale precoce. Nu se generalizează ca celelalte tumori din seria ematopoetică mai cu seamă mielomele multiple.

Etiologia acestor tumori este necunoscută ca şi a celorlalte tumori în general. Foarte mare rol i se atribue însă traumatismului ca factor adjuvant. Importanţă mai mare poate decât oricărei forme de osteosarcome.

Din punct de vedere clinic aceste sarcome tip *Ewing*, evoluiază cu o sipmtomatologie, care până la un punct se suprapune cu cea a sarcomelor osoase. In ambele găsim traumatismul, evoluţia lentă, şi subfebrilitatea. *Sarcomul lui Ewing* evoluiază în puseuri febrile şi dureroase, însoţite de fenomene inflamatorii locale, din care cauză deseori se confundă cu osteomielita, cu diferitele stări infecţioase osteoperiostice, întocmai ca şi în cazul nostru. In aceste tumori, pielea dela suprafaţă este netedă, se atrofiază uşor, iar pe lângă durere uneori apare şi roşeaţa cu tumefierea, pe când la sarcomul osos, în cele mai multe cazuri întâlnim o circulaţie venoasă foarte bogată.

Extrem de rar aceste tumori pot trece neobservate fiind descoperite incidental numai cu ocazia producerii de fracturi patologice în sânul tumorii, sau a metastazelor din plămâni, ori în coloana vertebrală, sau în oasele bazei craniului.

Anatomopatologic: sarcomul lui *Ewing*, este caracterizat prin faptul că produce în osul interesat, mai multe leziuni infiltrative, decât destructive. La acel nivel osul se rarefiază şi părţile moi se infiltrează. Periostul reacţionează în mod inconstant, uneori aceasta reacţie a periostului poate să fie inperceptibilă, iar alte ori se produce o reacţie puternică osteoperiostică constructivă ca în osteosarcome.

De obiceiu se întâlnesc ca tumori mici care interesează extremitatea superioară a epifizei oaselor lungi, spre deosebire de sarcomul osos care se localizează cu predilecţie la extremitatea inferioară. Sarcomul lui Ewing nu interesează articulaţia nici anatomic şi nici funcţional, ca şi sarcomul osos.

Istopatologic, *endoteliomul mieloid a lui Ewing* este format din celule până la un punct uniforme. Celulele au forma rotundă sau ovală (epiteloide), care este caracteristică acestor tumori reticulare. Nucleii acestor celule, au un aspect ovalar, prezentând o reţea fină de cromatină fără nucleoli, cu foarte puţină protoplasmă.

Caracterul istologic esenţial al acestor tumori a lui Ewing, constă în faptul că celulele lor nu constituesc nicicând ţesut colagen-cartilaginos, sau os (deosebindu-se de sarcomul osos), ci ele formează un adevărat şinciţiu, fără nimic între ele, *Oberling*, a putut evidenţia între ele fibre de reticulină prin colorări speciale.

Radiografic, în aceste tumori la început nu se observă nicio modificare osoasă. Aproximativ după 3—4 luni dela producerea infiltraţiei tumorale în osul afectat, apare modificarea structurală specială. Se produce o rezorbţie osoasă, care se lărgeşte din ce în ce mai mult, luând un aspect fuziform. Traveele osoase longitudinale se dispun în straturi paralele şi concentrice sub forma unei periostite intense, fapt care pentru un ochi neexperimentat (o astfel de neoplazie osoasă), face să se confunde cu osteoperiostita sau cu osteomielita cronică cu sechestrarea lamelară a diafizei osoase respective, cum s'a întâmplat şi în cazul de faţă.

Diagnosticul, afecţiuni se face ţinând seamă de: 1. Durerea şi febra, care apar în puseuri. 2. Evoluţia clinică de 5—6 luni sau chiar mai lungă fără metastaze. 3. Examenul radiologic care este patognomonic în aceasta afecţiune.

In ceea ce priveşte **tratamentul;** se ştie că aceste tumori, au o radiosensibilitate accentuată, ceea ce ia făcut pe unii clinicieni să bănuiască că între geneza sarcomului Ewing şi mielom există o înrudire foarte apropiată.

Autorii americani au crezut însă că pot vindeca boala, datorită acestei proprietăţi, prin aplicarea radioterapiei profunde cât mai precoce. Ei susţin că trebuesc făcute cel puţin 3 doze eritem, în decurs de 3—4 săptămâni, prin aplicări în focare diferite. Osul bolnav în general poate fi considerat vindecat, atunci când el se recalcifică în întregime. Ori s'a văzut în multe astfel de cazuri tratate, recidive, ceea ce ia determinat să abandoneze acest tratament. Mai recent toţi clinicienii sunt de acord cu aplicarea unui tratament combinat: *a) Chirurgical,* prin amputarea segmentului scheletic afectat, şi *b) radioterapic,* pe segmentul rezecat, precum şi pe ganglionii din imediata apropiere. In cazul când

tumora s'a generalizat (prezintă metastaze) se face un tratament radioterapeutic combinat cu administrare de calmante.

Prognosticul, acestei afecţiuni este în strânsă legătură cu forma anatomică, cu starea generală a bolnavului, cu complicaţiunile concomitente, data aplicării tratamentului chirurgical şi cu faptul dacă tumora este extirpabilă sau nu, precum şi de prezenţa sau absenţa metastazelor.

Durata evoluţiei este foarte greu de apreciat la aceste neoformaţii, dat fiind faptul că bolnavii se prezintă la spital aproape constant, numai în ultimele faze ale boalei.

Rareori putem vorbi despre o vindecare definitivă. Aceasta poate fi admisă la început cu foarte multă rezervă, iar sigură poate fi considerată numai după o supravieţuire de 5 ani dela intervenţia chirurgicală. Ţinând cont de aceasta, speranţele în cazul nostru sunt minime, dat fiind faza foarte avansată în care a fost adusă, precum şi complicarea locală a tumorii, în urma primei intervenţii.

Concluzii

In cazul de faţă avem de-a face cu o tumoră malignă, numită *„Sarcomul lui Ewing"* cu punct de plecare dela epifiza tibiară stângă şi anume dela celulele endoteliale ale măduvei. Afecţiunea a evoluat în puseuri febrile şi dureroase. In antecedente găsim un traumatism, care a jucat un rol important în evoluţia fecţiuii. Diagnosticul s'a făcut clinic şi a fost confirmat isto-patologic.

(CLINICA MEDICALĂ I DIN CLUJ, CU SEDIUL PROVIZORIU LA SIBIU
Director: Prof. Dr. Iuliu Haţieganu.
SPITALUL ORTOPEDIC „REGINA MARIA"
Director: Dr. Al. Rădulescu).

RESUMÉ

Un cas rare de tumeur d'Ewing

Les auteurs décrivent un cas rare de tumeur osseuse, sarcome d'Ewing, chez une fillette de 4½ ans, localisé sur le squelette osseux de la jambe gauche. Le point de départ de la tumeur est l'épiphyse du tibia, notament les cellules endothéliales de la moelle osseuse. L'affection a évolué par poussées fébriles et douloureuses. Dans les antecedents nous trouvons un traumatisme, qui a joué un rôle important dans l'évolution de l'affection. Le diagnostic a été fait par l'examen clinique et a été confirmé par l'examen hysto-pathologique.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein seltener Fall von „Ewing"-Tumor

In gegenwärtigen Fall haben wir zu tun mit einem malignische Tumor, genannt „Ewing"-Tumor, mit dem Ausgangspunkt von der linken Epiphyza-Tibialis u. zw. aus den Endothelial-Zellen des Marks. Die Krankheit entwickelte sich in fieberhaften schmerzvollen Anfällen. In der Vorgeschichte finden wir einen Traumatismus, welcher in der Entwicklung der Krankheit eine wichtige Rolle spielte. Die Diagnostik wurde klinisch aufgestellt und histo-pathologisch bestätigt.

Sindrom Adams-Stockes reumatismal

Artrită supurată

de

Dr. Emil Viciu şi Dr. Octavian Fodor

Leziuni miocardice cu turburări de excitabilitate şi conductibilitate apărute în cursul unui reumatism articular acut specific sunt foarte frecvente, variind dela aritmii extrasistolice la bloc atrio-ventricular complet, publicaţiunile de specialitate comunicând destul de frecvent astfel de cazuri. Cercetările anatomo-patologilor *Aschiff, Geipel, Klinge,* şi *Roesle* au adus lumină multă în această problemă.

Cu toată relativa frecvenţă a cazurilor similare, ceea ce ne îndeamnă totuşi la publicarea cazului de faţă, sunt două particularităţi mai rar întâlnite. Pe de-o-parte apariţia tulburărilor miocardice de conductibilitate precoce, înaintea manifestărilor articulare ale reumatismului, turburări caracterizate prin bradicardie pronunţată, pierderea cunoştinţii şi convulsiuni tonico-clonice, însoţite de febră (Adams-Stockes febril). Pe de altă parte apărând şi fenomenele articulare, acestea s'au prezentat şi evoluat până la un punct la fel ca într'un reumatism articular acut specific, iar în faza terminală a puseului reumatic după ce au dispărut clinic şi electrocardiografic şi turburările grave miocardice, au apărut ascensiuni febrile noui, precedate şi însoţite de uşoare frisonete şi prezentarea unei artrite supurate cu streptococi, fără ca în acest timp să mai prezinte semne de o eventuală recidivă a suferinţei miocardice.

Dăm mai jos rezumatul foaiei de observaţie a bolnavei :

M. P. 32 ani, căsătorită, casnică, Cluj.

Antecedente heredocolaterale fără importanţă pentru boala actuală. In antecedentele personale, un icter la 18 ani. De un an o scurgere vaginală care se accentuează înainte de menstruaţie. Epocele catameniale se succed regulat, însă precedate de dureri. Inainte cu 2 săptămâni de a se interna în serviciul nostru, dureri în gât la deglutiţie timp de 4 zile, subfebrilă.

Boala pentru care se internează în serviciul nostru datează de 10 zile, când a început să prezinte ascensiuni febrile în jurul a 38°, oboseală şi o uşoară sensaţie de presiune în regiunea precardiacă. A consultat un medic care din cauza prezenţei temperaturii şi a oboselii, fără alte fenomene clinice, a bănuit o stare tifoidă, internând-o în spitalul epidemic din Cluj, unde i s'au făcut reacţiile serologice pentru tifo-paratifoidă, care au rămas negativă.

La 3 zile după internare în acel serviciu a prezentat un acces caracterizat prin pierderea cunoştinţei, convulsiuni tonice-conice şi o bradicardie de 38 pe minut. După alte trei zile repetându-se aceleaşi fenomene, a fost internată în clinica medicală. Imediat la internare se face o electrocardiogramă, care arată un bloc atrio-ventricular complet. Pulsul se menţine permanent bradicardic, în jurul a 40—50 bătăi pe minut, iar fenomenele de pierderea cunoştinţei şi convulsiunile se mai repetă încă de 4 ori, aproape totdeauna noaptea. Cu o zi înainte de a se interna în clinică, adică la 7 zile după primul acces de Adams-Stockes, i s'au tumefiat articulaţiile radio-carpiene dela ambele mâni, cotul stg. şi tibiotarsiana dreaptă, nu prea accentuat însă foarte dureroase. Fenomenele articulare variau în intensitate dela o zi la alta, prezentând caracter saltant, iar după o evoluţie de 2 săptămâni au dispărut, rămânând numai articulaţie tibio-tarsiană dreaptă uşor tumefiată, care devenea din ce în ce mai dureroasă, iar cam la 4 săptămâni dela debutul bolii tegumentele dela acest nivel devin iperemice, prezentând şi o uşoară fluctuaţie, fenomene precedate de uşoare frisonete, iar temperatura, de unde bolnava în ultimele zile era afebrilă, se urcă din nou în jurul a 38°. La puncţia exploratoare a articulaţiei ce obţine un conţinut purulent, cu streptococi. S'a incizat, drenat, iar după 10 zile s'a închis plaga.

Repetată la 10 zile dela internare, electrocardiograma prezintă un bloc atrio-ventricular complet, cu ritm ventricular autonom de 74 pe minut. După o altă săptămână se constată un ritm sinusal normal, deci dispariţia turburărilor de conductibilitate, cu o frecvenţă de 84 pe minut, cu complexele ventriculare mai mici în toate derivaţiile.

La examenul obiectiv la internare se constată: Articulaţiile radio-carpiene, articulaţia cotului stg. şi tibio-tarsiană dr. tumefiate şi uşor iperemice. Tegumentele palide. Ţesutul celular subcutanat redus. Aparatul respirator: relaţiuni normale. Cordul percutatori între limite normale. Tonul I. la vârf mai şters; tens. art. 11—7, 5 V. L. Abdomenul de circonferinţă normală, fără puncte sensibile. Ficatul şi splina nu sunt mărite. Examen ematologic: Ematii 3,200.000; emoblobina: 50 Sahli; leucocite 14.000; viteza de sedimentare a ematiilor: 120 mm la 2 h. R. W. negativă. Emocultură negativă. Examenul urinei: negativă pentru A. P. Z. Examen genital: metrită cronică, fluor cu flora microbiană banală. Examenul radiologic al cavităţii bucale şi a sinusurilor: un granulom dentar.

După 5 săptămâni de ospitalizare, bolnava părăseşte serviciul cu o electrocardiogramă care prezintă relaţiuni normale, viteza de sedimentare 28 mm. la 2 ore, cu recomandaţia de a continua tratamentul cu salicilat, tratamentul corespunzător pt. afecţiunea genitală, iar după un control al vitezei de sedimentare şi a temperaturii, îndepărtarea granulomului dentar. Din motive independente de voinţa noastră, nu am mai putut urmări bolnava

Primele noţiuni asupra manifestărilor *cardiace* din cursul reumatismului au fost stabilite de *Bouillaud*, acestea fiind considerate atunci ca o complicaţie a reumatismului acut specific, caracteristice fiind manifestările articulare. *Besançon* şi *Weil* în 1926 vorbesc prima oară despre o formă viscelară a reumatismului, iar *Talalajew* (1929) descrie 4 tipuri evolutive a reumatismului articular acut specific:

1. Poliartritic (poliartrită, simptome cardiovasculare, cu sau fără poliserozite).

2. Cardiac (endo-pericardită, poliserozită fără artrită).

3. Cardio-vascular pur, fiind afectate numai inima şi vasele, forma corespunzătoare celei viscerale a lui Besançon.

4. Tipul miocardic, cu leziuni pure ale muşchiului cardiac fără coafecţiunea endocardului sau celorlalte seroase.

Azi nu se mai consideră manifestările cardiace ca o complicaţie a reumatismului articular acut specific, fiind cunoscută afinitatea virusului reumatic pentru întreg ţesutul mesenchimal, cu anumite predilecţii mai frecvente, putându-se localiza şi numai pe inimă dând cardita reumatismală, vorbind în acest caz de cardită reumatismală primitivă, (Fischer), negăsindu-se un paralelism constant între simptomele articulare şi cele ale carditei, simptomele articulare putând lipsi în 40% a cazurilor (Talalajew). Nu se poate stabili un paralelism nici între intensitatea şi evoluţia manifestărilor articulare şi a celor cardiace, primele putând fi de minimă intensitate, abea recunoscute, iar cele din partea inimii foarte grave. In denumirea reumatismului articular acut specific noţiunea de „articular" căutând să scoată mai mult în evidenţă acest caracter, a fost considerată de către autorii anglo-saxoni cărora li se alătură o mare parte şi dintre autorii moderni francezi şi germani, ca unilaterală, atrăgând atenţiunea asupra unor manifestaţiuni care nu sunt totdeauna prezente şi nici cele mai importante. Ei preferă să vorbească de „febră reumatismală", expresie care o găsim din ce în ce mai frecvent în literatură.

Cazul nostru este demonstrativ din această privinţă, primele manifestări ale reumatismului fiind fenomene miocardice foarte grave, disociaţie atrio-ventriculară completă şi incompletă, presentându-se de câteva ori şi sindromul lui Adams-Stockes în întregime, deci fenomenele miocardice dintre cele mai grave întâlnite în cursul unui reumatism, fenomene care ţin şi evoluează în toate complexitatea lor timp de 10 zile, abea după care interval se prezintă şi manifestaţiunile articulare.

Un caz similar este publicat de *Vialard* într'o teză (Paris, 1936), inspirată de *Clerc*, unde sunt analizate toate turburările de conductibilitate din cursul

febrei reumatismale, turburări foarte frecvente, de intensitate variată plecând dela simpla constatare electrocardiografică a alungirii spaţiului P—R până la disociaţia atrio-ventriculară completă.

In privinţa depistării leziunilor cardiace reumatismale în formele fără leziuni articulare sau cu manifestaţiuni discrete, atunci când evoluează cu fenomene grave din partea miocardului — cum a fost cazul nostru — diagnosticul acestora ni se impune. Atenţiunea ne este evident atrasă asupra leziunii miocardice prin aceste fenomene serioase, obligându-ne să luăm măsurile terapeutice imediate şi cele de supraveghere îndelungată, putând înlătura prin tratamentul instituit precoce, evoluţia infaustă a bolii. Forme însă, care nu ne atrag atenţia prin simptomatologia clinică obişnuită din cauza imperceptibilităţii şi fugacităţii simptomelor articulare şi cardiace şi care sunt susceptibile de leziuni miocardice ireversibile care pot compromite într'un stadiu mai tardiv vieaţa bolnavului ducând la insuficienţa miocardului, sunt foarte frecvente. In depistarea lor precoce metoda examinării electrocardiografice fiind un auxiliar foarte preţios. Este cunoscută marea proporţie a indivizilor sucombaţi de afecţiuni cardiace care nici când n'au avut în antecedente nicio suferinţă articulară de caracter reumatic, iar la autopsie s'au găsit nodulii caracteristici ai lui Aschoff.

Laubry şi *Lenegre* descriu în mediul militar câteva cazuri de miocardită reumatismală cu disociaţie completă atrio-ventriculară şi cu ritm ventricular autonom cu frecvenţă de 70—80 pe minut la unii, fără nici un semn subiectiv, leziunea fiind evidenţiată numai prin metoda electrocardiografică.

Alţii, din tot cortegiul simptomatic al febrei reumatismale nu prezintă decât o amigdalită acută (angina premonitorie), de unde pleacă virusul reumatic şi localizează pe miocard, fără a da nicio simptomatologie subiectivă, iar la examenul electrocardiografic practicat în timpul şi după angină se constată turburări miocardice destul de serioase. (Hans Otto).

Turburările miocardice amintite mai sus, survenite după unele amigdalite acute eritematoase, punct de plecare a virusului specific reumatic, nu trebuesc confundate cu leziunile observate în timpul amigdalitelor purulente cronice — focare infecţioase — care pot da de asemenea turburări de conductibilitate notabile, însă care pot dispare după îndepărtarea focarului infecţios — amigdalitele — (W. Veil) şi a căror substrat anatomo-patologic este cu totul diferit de cel dat de virusul reumatic specific.

Din punct de vedere anatomo-patologic turburările miocardice din reumatismul articular acut specific şi mai ales cele din perioada de debut a acestei boli, îşi au explicaţia materială foarte evidentă. Cunoaşterea din acest punct de vedere a acestor leziuni se datoreşte îndeosebi lui Klinge, care le dă o descriere amănunţită. Leziuni, pe care el nu le constată numai în miocard ci în toate ţesuturile de origine mezenchimatoasă. Totalitatea acestora se consideră ca o granulomatoză a ţesutului lax şi colagen. Cum acest ţesut este răspândit în întreg organismul, este uşor de înţeles că aceste leziuni anatomo-patologice pot fi foarte variabile ca localizare. Au însă o preferinţă pentru sistemul cardio-vascular, mai ales pentru miocard.

Din punct de vedere al evoluţiei lor, leziunile sunt caracterizate prin trei perioade, fiecare perioadă prezintând modificări anatomo-patologice destul de caracteristice.

Cunoscând leziunile anatomo-patologice, şi având în vedere predilecţia lor de localizare în apropierea sistemului excito-conductor al miocardului, avem explicaţia fizică a turburărilor de conductibilitate din primele 2—3 săptămâni a unui puseu de reumatism articular acut specific.

A doua fază prezintă alteraţiunea specifică a nodulului lui Aschoff, cu morfologia lui clasică, leziune cunoscută şi studiată mai mult decât leziunile descrise în prima perioadă.

A treia fază, cea cicatriceală, apare la finea celei de a 5-a sau a 6-a luni.

Leziuni grave de conductibilitate, disociaţie completă atrio-ventriculară cum a prezentat bolnava noastră, pot fi datorite atât reumatismului articular acut specific cât şi celui articular acut cu focar infecţios. Cele datorite virusului specific sunt însă incomparabil mai frecvente şi de cele mai multeori reversibile, curabile din acest punct de vedere, pe când cele cauzate de reumatismul de focar prin metastaze microbiene, septice în miocard, sunt mult mai rar întâlnite şi mai totdeauna cu evoluţie fatală.

Având în vedere pe de o parte aceste considerente, pe de altă parte debutul puseului reumatismal cu aceea angină premonitorie caracteristică, vindecarea turburărilor de conductibilitate după un tratament salicilic, restitutio ad integrum funcţional, faza de completă apirexie de câte zile între dispariţia fenomenelor articulare şi miocardice şi apariţia artritei supurate, în care timp nu s'a mai putut observa nici o turburare miocardică notabilă, credem că leziunea miocardică pe care a prezentat-o bolnava noastră a fost datorită virusului reumatic specific.

Artrita supurată care a venit ca un epifenomen, o considerăm sau ca o asociaţie microbiană piogenă supraadăugată, sau ca evoluând în cadrul unui reumatism mixt (Danielopolu), reumatism care e datorit unei infecţii duble concomitente, sau una declanşând-o pe cealaltă, atât cu virusul specific cât şi cu un microb piogen asociat, în special streptococ. W. Goldie şi G. I. Griffiths publică în Brit. Med. Journal din

Protecția gestației

în avort iminent și habitual **sterilitate** în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă, **hemoragii** (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

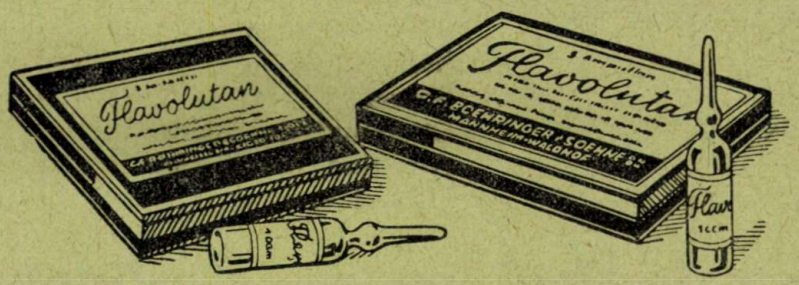
Flavolutan

(Corpul galben disolvat in uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III,** Strada General Eremia Grigorescu, 6.

In Hipertonie

Arterioscleroză

Angiospasme

HYPONITIN

Dr. WANDER

Drageuri

Bromcalciumtheosan
Acid feniletilbarbituric
Rodanat de sodiu
Chinină sulf.

Hipotensiv și Calmant

In spasme

Dureri interne și postoperatorii

Dismenoree

NEO-LUVERIN

Dr. WANDER

Tablete Supozitoare

Acțiune spasmolitică și analgetică sigură.

Nou! **Nou!**

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

Intoxicațiuni gastro-intestinale

Dispepsii, Meteorism, etc.

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București VI

Str. Cazărmei Nr. 89

1926, o statistică de aproape 500 cazuri de reumatisme articulare acute mixte.

Bolnava noastră a prezentat un focar infecţios bucal (granulom dentar) şi o metrită cronică purulentă. La analize repetate a secreţiei vaginale nu s'au pus în evidenţă gonococi.

Fără turburări miocardice depistabile clinic, iar electrocardiografic prezentând modificări puţin importante, fără suferinţe articulare, bolnava părăseşte serviciul recomandându-se continuarea tratamentului salicilic, tratamentul corespunzător al afecţiunii genitale şi asanarea focarului infecţios dentar într'o fază de completă apirexie şi cu o viteză de sedimentare a hematiilor în limite normale.

Rezumat: Obiectul articolului îl formează un caz de reumatism articular acut specific care a debutat cu fenomene miocardice grave, bloc atrio-ventricular, iar de câteva ori s'a prezentat şi un sindrom Adams-Stockes complet. La o săptămână după prima manifestare clinică a turburărilor de conductibilitate în miocard, apar şi manifestările articulare ale reumatismului. Cu un tratament salicilic fenomenele miocardice şi articulare dispar. La sfârşitul evoluţiei tabloului clinic de mai sus, apare o artrită tibio-tarsiană supurată cu streptococi, care este considerată ca o asociaţie microbiană piogenă supraadăugată sau că evoluând în cadrul unui reumatism mixt.

Bibliografie

Asch Rachel: Am. J. Of Dis. of. Children, 55—1938.
Dietrich: Rheumatische Kreislaufschädigungen. 1938.
Dumas-Lagaze: Arch. de. Mal. du Coeur, 1—1939.
Dumas A.: Lyon Medical, 1938.
Lequine et Sanabria: Arch. de Mal. du Coeur, 1—1939.
Mondon: Arch. de Mal. du Coeur, 7—1938.
Skworboff M.: Acta Medica Scandinavica, 96—1938.
Tschaky: Journal Medical de Kiew, 8—1938.
Vialard: Teză, Paris, 1936.
Weiss Sonia şi *Wilkins:* Am. J. of. The med. sc., 194—1937.

(CLINICA MEDICALĂ I CLUJ—SIBIU
Director: Profesor Dr. I. Haţieganu)

RESUMÉ

Syndrome Adams-Stockes rhumatismale
Arthrite supurée

Il s'agit d'un cas de rhumatisme articular aigu spécifique ayant debuté par des phénomènes myocardiques graves, un bloc atrio-ventriculaire complet, la malade ayant présenté plusieurs fois un syndrome Adams-Stockes. Les manifestations articulaires rhumatismales n'apparaissent que huit jours aprés la première manifestation des troubles de la conductibilité atrio-ventriculaire. Après l'administration du salicylate de soude les phénomènes myocardiques et atriculaires disparaissent. Vers la fin de l'évolution du tableau clinique décrit plus haut apparait une arthrite tibio-tarsienne suppurée, à streptocoques, qui est considerée soit comme étant une association mycrobienne pyogene surajoutée soit comme faisant partie du cadre d'un rhumatisme mixte.

ZUSAMMENFASSUNG

Rheumatischer Adams-Stockes
Eitrige Arthritis

Den Gegenstand der Abhandlung bildet ein Fall von akuten specifischen Rheumatismus, der mit schwerer myocardischen Störungen, atrio-ventriculärer Block, begann und einige male auch kompletten Adams-Stockes aufwies. Nach Ablauf einer Woche der ersten klinischen Erscheinungen der Reizleitungstörungen des Myocards erschienen auch rheumatische Gelenkstörungen. In Verlaufe einer Salycylbehandlung verschwinden die Myocard und Gelenkserscheinungen. Zum Abschluss des klinischen Krankheitsbildes zeigt sich eine eitrige Streptokokkenarthritis, die gewertet ist als Folge einer Assoziation von pyogenen Mycroben die als aufgeprofi angenommen werden können, oder es handelt sich schon Anfangs un eine Mischform des Rheumatismes.

Hemiplegie survenită în timpul lehuziei

de

Dr. Traian Petrescu
Medic Primar Director

Cazurile de paralizii survenite în timpul sarcinei şi naşterii sunt rari, iar cele survenite în timpul lehuziei şi mai rari înţelegând prin aceste cazuri după definiţia lui Heintz Dinglinger numai cele care survin la cel puţin 48 de ore după naştere, evitând astfel să fie puse în această categorie cele ce ar putea fi datorite eforturilor fizice şi pshice din timpul travaliului.

Din punct de vedere neurologic au fost studiate în 1904 de către Hoesslin, iar din punct de vedere obstetrical Ade în 1937 printr'un memoriu a adus la cunoştinţă tot materialul din Clinica Stocker. Astfel pe 40.000 de naşteri nu are decât 2 cazuri de paralizie la 42 necropsii numai în trei cazuri a găsit hemoragii cerebrale din care numai 2 a putut fi considerate mortale. Deci această tristă eventualitate la femeia însărcinată s'au lehuză nu este frecventă. Heintz Dinglinger in Zentral-Blatt für Gynecologie raportează 2 cazuri din care unul complicat cu gangrena membrului in-

ferior şi un caz al lui Eastiman şi publicat în Peking Union Medical College Hospital. La femeile gravide şi în timpul naşterii Hoesslin şi Ade invoacă de cele mai multe ori din punct de vedere Etiologic pe lângă Lues şi stările eclamtice (Eclamsia fără contracturi şi crize însă cu leziuni anatomo-patologice specifice acestei boli) mai rar sunt cazurile când nu poate fi puse în discuţie nici una din cauzele de mai sus mai ales în prima jumătate a sarcinei (un caz al lui Gesennius şi a lui K. Bersedin Haselforst s. Clinik). In cazurile survenite în lehuzie stabilirea etiologiei este destul de dificilă de cele mai multe ori. Sunt însă cazuri când examenul anatomo-patologic post mortem au găsit în leziuni localizate în creer şi arterele cerebrale. Redăm observaţia unui caz din serviciul nostru:

Femeia E. H., de ani 31 multipară intrată în maternitatea spitalului Sighişoara gravidă la termen pentru a naşte în ziua de 25 Mai.

Antecedent, personale şi obstetricale. Nu a suferit niciodată de nicio boală infecto-contagioasă, menstruaţiile normale, naşterile la termen, a avut un avort neprovocat, neagă orice boală venerică.

Istoricul boalei. Naştere spontană, în ziua de 27 Mai, mersul lehuziei normal lohiile normale, uterul involuiază normal, afebrilă. A 5-a zi apare un frison urmat de febră 40 gr. a doua zi febra scade pulsul se menţine frecvent femeia însă somnolentă şi se instalează o paralizie facială care se completează treptat urmată de hemiplegie a jumătăţei drepte a corpului, flască cu incontinenţă de urină şi constipaţie. După 4 zile reapare febra care se menţine ridicată, afazie şi somnolenţă accentuată, turburări de deglutiţie, înţelegerea însă păstrată atunci când este deşteptată, prin semne şi scris.

Examen obiectiv. Se constată paralizie flască cu dispariţia reflexelor tendinoase şi insensibilitate de aceeaşi parte. I se face tratament antiinfecţios şi stimulente ale sistemului nervos reacţia Wasserman negativă, apare în urină albumină şi urme de glucoză. Starea să înrăutăţeşte progresiv femeia este luată acasă de familie şi după două zile sucombă.

Discuţia etiologiei. Ne aflăm în faţa unui caz cu naştere normală fără nici un fel de complicaţie care după cinci zile de lehuzie normală şi afebrilă apare o hemiplegie însoţită de stare febrilă care în câteva zile ajunge la exitus. Discutând toate cauzele care ar putea provoca această nefericită complicaţie vom trece în revistă toate posibilităţile şi supoziţile asupra acestui caz ale cărui modificări anatomo-patologice nu le-am putut constata deoarece familia nu a consimţit la necropsia cadavrului.

Sifilisul poate provoca modificări chiar la femeile tinere asupra arterelor şi prin turburările produse de sarcină şi naştere asupra sângelui şi tensiunei arteriale, se pot produce rupturi şi hemoragii la nivelul creerului. Tot astfel stările eclamtice care produc modificări atât asupra masei sanguine, asupra tensiunei arteriale cât şi predispoziţia spre spasmofilie (Seitz). De asemenea anemiile mari după naştere ar putea avea un rol (Virhow, Manzie şi Fruchinhold).

Cercetări anatomo-patologice asupra vaselor şi celulelor spre a se dovedi acestea au fost făcute de Wiesell şi Reindorf care au fost confirmate de Westphal şi Jaffe care au stabilit că leziunile sunt mai mult în media arterelor.

Etiologia cazului nostru nu poate fi nici unele din cauzele de mai sus (Wassermanul negativ, şi nici un simtom obiectiv care să ne facă să bănuim o stare eclamtică, iar femeia nu a pierdut sânge nici la naştere nici la deslipirea placentei), o coincidenţă printr'o embolie provenită dela o endocardită am exclus-o neexistând nici un semn patologic cardiac.

A rămas supoziţia unei embolii provenită dela o trombo-flebită a vaselor vasinului.

Posibilitatea unei embolii din basin la nivelul creerului se poate produce după cum admit toţi autorii sau prin persistenţa unui foramen ovale la nivelul inimei sau prin localizarea primitivă la nivelul plămânului de unde un particul septic care a trecut în curentul circulator şi de acolo în arterele cerebrale.

Frisonul iniţial după care a apărut hemiplegia şi apoi febra care a reapărut după câteva zile şi s'a menţinut până la sfârşit ne face să admitem existenţa unui proces septic probabil în vasele sanguine ale basinului de unde a produs mici infarcte la nivelul plămânului neexteriorizate clinic şi de acolo embolie la nivelul creerului. Deşi nu am avut posibilitatea controlărei ipotezelor noastre etiologice şi patogenice totuşi credem că sunt cele mai aproape de adevăr cazul nostru adăugându-se la puţinele cazuri cunoscute până în prezent îşi păstrează toată valoarea informativă.

(SPITALUL DE STAT SIGHIŞOARA, SECŢIA MATERNITATE)

RESUMÉ

Hémiplegie survenue pendant les couches

L'auteur décrit un cas rar d'hémiplegie survenue au cours des couches chez une femme de 31 ans. Elle, a accouché au terme spontanément, les couches ont evolué normalement sans aucune complications, mais après 5 jours apparait une hémiplégie droite accompagnée d'un syndrome fébrile et dans quelques jours la mort est survenu.

ZUSAMMENFASSUNG

Wochenbett—Hemiplegie

Der Verfasser beschreibt einen selten Fall von Wochenbett—Hemiplegie bei einer Frau von 31 Jahren. Die Frau gebahr rechtzeitig, spontan, das Wochenbett verlief normal, ohne jedwede Komplikation, jedoch trat nach 5 Tagen eine rechtseitige Hemiplegie auf, begleitet von einem fieberhaften Syndrom und in einigen Tagen starb sie.

Probleme terapeutice

Noţiuni noui în tratamentul insuficienţei circulatorii

de

Dr. Aurel Moga

Şef de lucrări

Dacă aruncăm o privire asupra felului cum au evoluat ideile noastre în ceea ce priveşte turburările pe care le numim astăzi „insuficienţă circulatorie", ne vom da seama că a fost un timp în care toate fenomenele au fost puse în legătură cu diminuarea forţei cardiace. Tratamentul se reducea în fond la digitală sau alte medicamente etichetate în mod greşit cardiotonice (oleu camforat etc.).

Intr'o a doua etapă s'a recunoscut că există o serie întreagă de *forţe extracardiace, periferice,* care contribuie în mod foarte eficace la activarea circulaţiei sanghine şi anume: tonusul şi contracţiunile musculaturii periferice, modificările de presiune intratoracică şi abdominală în legătură cu respiraţia, motricitatea vaselor periferice, comandată de anumiţi centrii situaţi de-a-lungul sistemului nervos central etc. S'a făcut atunci o deosebire netă între:

a) Insuficienţa circulatorie de *origine centrală,* cardiacă, care este caracterizată prin cianoză, turgescenţa venelor, dispnee, stază viscerală, edeme periferice. Fenomenele acestea au fost privite drept consecinţa *diminuării forţei cardiace* şi explicate prin noţiunea de *încetinirea circulaţiei, de stază sanghină.* Tratamentul nu putea fi decât cruţarea inimei prin repaus şi regim, întărirea ei prin digitală sau strofantină;

b) In stările de collaps sau şoc, tegumentele sunt palide, acoperite de sudori reci, sensoriul alterat, respiraţia superficială, pulsul foarte frecvent, abia perceptibil, venele nu sunt vizibile. Aici esenţialul este că *vasele sanghine* — atât arterele, cât şi venele — *conţin foarte puţin sânge, inima bate aproape în gol.* Punctul de greutate al *turburărilor este la periferie sau în centrii vasomotorii.* — In orice caz inima poate fi anatomic normală. Tratamentul trebue să se adreseze în în primul rând vaselor periferice şi centrilor vasomotori prin medicamente de tipul adrenalinei, oleului camforat şi strihninei.

Cercetările moderne au adâncit şi mai mult studiul factorilor periferici care joacă rol în patogenia, devenită din ce în ce mai complexă, a insuficienţei circulatorii. Cunoaşterea lor a adus oarecare modificări în conduita noastră terapeutică precum şi în concepţia pe care o avem asupra acţiunei „marilor cardio-tonice" digitala şi strofantina. Alte cercetări au scos la iveală medicamente noui pe care toţi le prescriem deja, valoarea lor terapeutică însă nici astăzi nu o cunoaştem precis. Iată la ce se referă noţiunile noui, mai bine zis progresele realizate în ultimul timp în tratamentul insuficienţei circulatorii.

Profesorul Eppinger are meritul de a fi insistat în deosebi asupra *turburărilor profunde de metabolism celular* care există în insuficienţa cardiacă. Nu interesează aici dacă aceste turburări sunt cauza sau consecinţa insuficienţei circulatorii. Important este că noi, prin măsuri terapeutice potrivite, să conbatem factorii care intervin şi anume:

a) există o *iperpermeabilitate* la nivelul *capilarelor,* care permite o *retenţie de apă şi clorură de sodiu* şi o *pierdere exagerată de potasiu* „metalul nobil al celulelor";

b) In aceste condiţiuni *difuzarea oxigenului* din sânge şi ţesuturi „utilizarea" oxigenului, cum o numeşte Eppinger — este mult redusă;

c) Resinteza acidului lactic la musculatura periferică şi miocard este foarte incompletă;

d) In felul acesta se ajunge la *scăderea rezervei alcaline* a sângelui, factor care diminuă capacitatea funcţională a inimii;

e) Metabolismul bazal este mai mult sau mai puţin mărit în insuficienţa circulatorie, ceea ce impune inimei un efort mai mare;

f) In anumite cazuri *Ipovitaminoză;*

g) Repartizare defectuoasă a sângelui în organism în sensul ca în stările de collaps cea mai mare parte a sângelui se ascunde în anumite organe de depozit (ficat, splină, domeniul partei), cantitatea sângelui circulant scade.

Pentru combaterea acestor turburări au fost introduse în terapeutica insuficienţei circulatorii o serie de regimuri alimentare, compuse din legume şi fructe, care au avantajul că conţin puţină clorură de sodiu şi mult potasiu. Profesorul Eppinger recomandă *regimul de legume şi fructe crude* (Rohkost); Volhard a preconizat *regimul de sucuri crude* — 2 părţi sucuri de fructe, 1 parte de legume - în cantitate de 600—1000 cmc. timp de 10—12 zile, profesorul Jagic din Viena recomandă *regimul de cartofi* sau zile de compot de mere.

Acţiunea terapeutică a acestor regimuri constă în deshidratarea ţesuturilor datorită conţinutului lor bogat în calciu şi potasiu, revenirea metabolismului celular la normal, alcalinizarea mediului sanguin, cre-

şterea diurezei, iar ca rezultat final ameliorarea turburărilor circulatorii. Adeseori insuficienţa circulatorie gravă (asistolia) poate fi mult ameliorată numai prin aceste măsuri pur dietetice, nefiind necesar de a se recurge la administrarea de medicamente.

Amintim aici că regimul de sucuri crude mai are şi proprietatea de a *scădea tensiunea arterială*, fapt confirmat şi în clinica d-lui Prof. Goia, unde l-am aplicat cu destul succes în tratamentul ipertensiunei arteriale.

S'a dovedit că nu numai regimul alimentar, ci şi *digitala sau strofantina sunt capabile să influenţeze schimburile dela nivelul ţesuturilor periferice.*

Până acum se cunoştea numai acţiunea celor două medicamente asupra diferitelor proprietăţi ale inimei. Datorită lor, contracţiunea inimei devine mai puternică, diastola se lungeşte, frecvenţa ritmului cardiac scade. In consecinţă, creşte volumul sistolic, inima lucrează mai „economic", circulaţia generală se ameliorează.

Digitala are o acţiune mai pronunţată asupra diastolei şi a frecvenţei ritmului cardiac [acţiune bradicardizantă]; efectul ei se produce mai încet, durează însă mai mult. Din aceste motive este în special indicată în insuficienţa cardiacă cronică cu tahiaritmie, precum şi ca tratament de întreţinere, după reducerea fenomenelor de decompensaţii.

Strofantina, prin acţiunea ei rapidă şi energică, este medicamentul insuficienţei cardiace acute [astm cardiac sau edem pulmonar] şi al formelor grave cronice cu dilataţii mari cardiace.

S'a crezut că nici digitala, nici strofantina, nu măresc capacitatea funcţională a unei inimi sănătoase, întru cât după administrarea lor la indivizii normali, debitul sanghin nu creşte. Dimpotrivă, scade cu aproximativ 25% din valoarea iniţială. De aceea, mulţi autori au considerat iluzorie eficacitatea tratamentului preventiv al insuficienţei cardiace cu vreunul din aceste două medicamente.

Cercetări moderne (Gross, Kusth şi Bansi, Gotsch, Klein) cari pot avea o aplicaţie practică deosebit de importantă, au dovedit totuşi că atât după strofantină, cât şi după digitală, aptitudinea la efort a unui individ sănătos se măreşte. Această constatare se explică, dacă avem în vedere acţiunea medicamentului nu asupra inimii, ci *asupra întregului aparat circulator.* S'a dovedit în mod cât se poate de exact că în urma digitalei şi strofantinei, *ţesuturile utilizează mai intens oxigenul din sânge* şi în acest fel necesităţile lor sunt satisfăcute fără ca să fie nevoie de creşterea debitului sanghin al inimei. Inima, prin urmare, nu este atât de mult angajată în cursul efortului ca înainte de digitalizare. Pe de altă parte, rezerva alcalină în timpul efortului scade mai puţin dacă s'a administrat înainte, fie digitală, fie strofantină — fenomen identic cu acela pe care-l produce antrenamentul fizic la sportivi (Parade).

Concluzia este că *la indivizii sănătoşi digitala şi strofantina ameliorează „economia circulatorie"* printr'un mecanism mult asemănător aceleia din antrenamentul sportiv.

Ca *aplicaţiune practică*, aceste constatări deschid un câmp interesant de cercetări în medicina sportivă; pe de altă parte, par să justifice părerea acelora cari pledează pentru *utilizarea tratamentului preventiv* al insuficienţei circulatorii atât la indivizii cu inima sănătoasă, în bolile cari angajează intens aparatul circulator, cum ar fi pneumonia, înainte de intervenţii chirurgicale, precum şi la cardiacii bine compensaţi. La aceştia din urmă, profesorul Jagici, de exemplu, administrează în mod sistematic timp de 5 zile — 2 zile la începutul, 3 zile la mijlocul fiecărui luni — câte 0,20 gr. pulvere foi de digitală zilnic sau echivalentul lor cu glicosizi.

* * *

Strofantinoterapiei i s'a dat în ultimul timp o nouă indicaţie şi anume *afecţiunile arterelor coronare.* Angina coronariană şi infarctul miocardic pe cari astăzi le cunoaştem atât de bine datorită metodei electrocardiografice, formau până în ultimul timp o contraindicaţie pentru strofantină din cauză că *în experienţele pe animale, strofantina produce o acţiune vasoconstrictoare a arterelor coronare.* S'a dovedit însă, atât prin experienţe la animale *(Rhein)*, cât şi la omul bolnav *(Edens)*, că *strofantina, mărind capacitatea funcţională a miocardului, produce şi o irigaţie coronariană mai bună, faţă de care acţiunea vasoconstrictoare coronariană trece pe un plan secundar.* După *Kühl*, înafară de creşterea aparatului sanguin, se produce şi o utilizare mai intensă a oxigenului din sânge de către muşchiul cardiac. Profesorul *H. Edens* aplică cu rezultate bune strofantinoterapia deja din primele zile ale infarctului miocardic, la fel în angina pectorală şi în aritmiile datorite sclerozei coronariene. Rezultatele sunt confirmate şi de alţi autori, cum este *Nonnenbruch* (Praga).

Strofantina poate accentua fenomenele stenocardice după cum am observat şi noi în infractul miocardic, pe de altă parte poate provoca apariţie extrasistolelor sau fibrilaţii ventriculare cu moarte subită. *De aceea credem că,*

a) este justificată părerea multora de a indica strofantinoterapia în infarctul miocardic numai dacă ameninţă sau există simptome manifeste de insuficienţă cardiacă;

b) este preferabil să se administreze doza terapeutică *în mod fracţionat* — de exemplu de 2 ori pe zi câte 0,10—0,15 mlgr. — în loc de o singură doză mai mare.

* * *

Incercările de a scoate la iveală medicamente noui, cari să depăşească sau să egaleze valoarea tera-

peutică a digitalei sau strofantinei până acum n'au reuşit. Baza tratamentului insuficienţei cardiace rămân tot aceste două medicamente eroice. Totuşi trebue să relevăm *digitalis la nata* şi glisosizii extraşi din *foile de Oleandru,* asupra cărora s'a discutat destul de mult în literatură. Totuşi locul pe care trebue să-l ocupe în seria cardiotonicelor nu este nici astăzi definitiv fixat.

Se admite în general că glicosizii lor au o acţiune mai rapidă decât a digitalei purpureea, se acumulează mai puţin în organism, prin urmare din acest punct de vedere se plasează între strofantină şi digitala purpuree. Foile de oleandru, introduse interapeutică sub numele de *follinerin* (Shering) au un plus *o acţiune diuretică* pronunţată.

Intensitatea acţiuniilor este încă discutată. Unii autori le apropie în această privinţă de strofantină, alţii nu le recunosc decât o eficacitate mai redusă. Cert este că amândouă medicamentele, prin faptul că se elimină sau se distrug destul de repede din organism, *se pretează foarte bine la tratamente cronice* atunci când condiţiunile nu permit o supraveghiere permanentă a bolnavului. Amintim aici că împreună cu Dr. Spârchez am fost între primii cari au studiat în Clinica D-lui Prof. Haţieganu acţiunea terapeutică a follinerinei, precum şi simptomele clinice şi electrocardiografice de intoxicaţie cu foi de oleandru la un individ cu inima sănătoasă.

Autorii americani au preconizat înainte cu câţiva ani *tiroidectomie totală în tratamentul asistoliei nebazedowiene.* Principiul metodei se bazează pe reducerea schimburilor nutritive ale ţesuturilor ceea ce ar diminua şi cantitatea de sânge necesară metabolismului celular şi ar necesita din partea inimei un efort mai mic. Metoda a fost aplicată şi în Europa, la noi în ţară încă s'au făcut încercări atât la Bucureşti (Profesorul Iacobovici), cât şi la Clinicile din Cluj. Valoarea ei a fost viu discutată în ultimii ani pentrucă s'au înregistrat uneori rezultate surprinzători de bune, alteori eşecuri.

S'a ajuns la *concluzia* că tiroidectomia totală poate fi indicată în asistolii cari reacţionează pentru foarte scurtă vreme la cardiotonice şi repaus. De sigur că trebue să se ţină seamă de o întreagă serie de contraindicaţii.

Problema *a- şi ipovitaminozelor* cari formează azi obiectul multor cercetări clinice şi de laborator, a fost examinată şi în legătură cu afecţiunile cardiace.

Tabloul clinic al accidentelor cardio-vasculare din *Beri-Beri* astăzi este bine cunoscut, datorită lucrărilor lui *Wenckebach.* (1934): La început simptome pur subiective, apoi dilatarea cordului drept, retenţie apoasă în ţesuturi şi miocard, într'o fază mai avansată, toate simptomele marei asistolii. Simptomele cele mai grave dispar complet după injecţii intravenoase de vitamină B 1, dacă nu sunt de dată prea veche (1937).

Recent *Bickel* a adus o serie de argumente cari demonstrează că turburările cardio-vasculare la *etilici* pot fi datorite unei carenţe a organismului în vitamina B 1; tratamentul cu această vitamină poate fi urmat de o regresiune a lor rapidă şi completă.

Turburările cardio-vasculare ale *femeilor gravide* care n'au prezentat înainte de sarcină simptome de afecţiune cardio-vasculară, cele din *ipertiroidism* şi *diabet,* uneori şi *cardiopatiile banale,* în faza de asistolie se pot complica de o stare de hipovitaminoză B 1.

Afirmaţiile lui Bickel n'au primit până acum o confirmare care să permită aplicarea pe o scară întinsă a tratamentului cu vitamina B 1 în asistolii.

* * *

Tratamentul insuficienţei circulatorii periferice — al stărilor de collaps — a înregistrat progresele cele mai mari în ultimii 20 ani prin introducerea în terapeutică a preparatelor de *camfor* solubile în apă, cum este: *cardiazolul* şi *coramina* şi a unei întregi serii de medicamente apropiate ca constituţie clinică şi farmacodinamică de *andrenalină: efedrină şi efetonina, simpatolul, suprifenul, pervitina şi veritolul.* Acestea două din urmă sunt încă în studiu deşi asupra lor există deja o literatură foarte bogată.

Scopul tratamentului cu aceste medicamente este acela de a goli organele de depozit, în care stagnează o cantitate importantă de sânge şi *a mări cantitatea sângelui circulant.* Inima primind o cantitate mai mare de sânge din sistemul venos, volumul sistolic şi tensiunea arterială vor creşte, turburările de metabolism celular se vor reduce. Grupul camforului produce aceste efecte printr'o acţiune de stimulare a centrilor nervoşi vaso-motori şi respiratori. *Cardiazolul şi coramina au o influenţă directă asupra inimii* aşa dupăcum se credea la început şi dupăcum ar rezulta din numele lor. Insistăm asupra acestui punct pentrucă există şi astăzi medici care le aplică în mod greşit în calitate de cardiotonice, în loc de digitală şi strofantină. In realitate sunt analeptice cu acţiune centrală — nervoasă — indicate în *collaps* şi nu în *insuficienţa cardiacă.*

Seria andrenalinei are o acţiune complexă care se exercită simultan asupra arterelor, venelor şi inimii. Deosebirea între ele constă — înafară de intensitatea şi durata acţiunii — în *influenţa predominantă* a fiecăruia asupra unei anumite părţi a aparatului circulator (artere, vene sau inimă).

Intru cât este vorba de *medicamente extrem de active,* cari pot avea o influenţă vătămătoare asupra inimii dacă nu sunt bine aplicate, este de mare importanţă ca medicul să cunoască bine deosebirea între diferitele preparate. Aceasta este o condiţie indispensabilă pentru întrebuinţarea lor corectă în terapie.

CLINICA MEDICALĂ II CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. I. Goia.

Medicină preventivă

Problema tuberculozei în cadrul medicinei școlare

de

Dr. L. Daniello,

Conferențiar universitar,

Șeful secției de tuberculoză a Clinicei I Medicale Cluj—Sibiu

I. Depistarea tuberculozei elevilor.
II. Descoperirea sursei dela care au contractat elevii infecțiunea.
III. Măsuri de profilaxie pentru copiii cu reacțiune pozitivă la tuberculină și sursă de infecțiune cunoscută.
IV. Asistența medico-socială a elevilor, învățătorilor și profesorilor tuberculoși.

I. Depistarea tuberculozei elevilor.

Viața în comun a generațiilor tinere ale unei națiuni, în colectivitățile școlare de diferite categorii, are o incontestabilă influință asupra epidemiologiei tuberculoase.

Contactul intim și prelungit, realizat de copii, în sălile de cursuri, sau în dormitoarele internatelor, precum și acela, nu mai puțin apropiat, dintre elevi și personalul didactic, poate favoriza, în măsură însemnată, răspândirea tuberculozei, dacă printre membrii colectivității școlare se află bacilari deschiși ce servesc drept sursă de contagiune.

Pe de altă parte, împrejurarea că într'o anumită perioadă a vieții (între 7 și 12 ani) toți indivizii unei națiuni se găsesc grupați în colectivități ușor de supraveghiat, constituie un prilej unic de a-i supune unui examen medical serios și unei observații prelungite, descoperind astfel, chiar din faza lor incipientă, toate infecțiunile sau îmbolnăvirile de tuberculoză.

Rolul medicinei școlare în profilaxia tuberculozei este de o însemnătate covârșitoare, bine înțeles dacă el este pe de-a'ntregul îndeplinit, ceea ce încă nu este cazul pretutindeni în școlile noastre.

Cauza este în primul rând lipsa unei legiferări în privința medicinei școlare, sau măcar a unor dispoziții unitare și bine precizate în această privință, precum și lipsa unei organizații generale pentru combaterea tuberculozei.

In următoarele vom căuta să analizăm pe scurt problema combaterii tuberculozei în școală și prin școală.

Frecventarea școlii primare fiind obligatorie, Statul are datoria să ia toate măsurile, ca sănătatea copiilor să nu fie întru nimic primejduită de pe urma acestei constrângeri. In școală nu trebue să existe, nici printre elevi, nici printre membrii corpului didactic, surse de contagiune tuberculoasă.

Prima măsură de profilaxie ce trebue realizată în școli va fi prin urmare *descoperirea (depistarea) sistematică și integrală a tuberculozei.*

Ea nu se poate face cu ajutorul unui examen fizic obișnuit (inspecție, percuție, ascultație, etc.), căci infecțiunile și chiar îmbolnăvirile tuberculoase nu se exteriorizează, în faza lor incipientă, prin semne perceptibile cu ajutorul acestor procedee de explorare.

Depistarea sistematică a tuberculozei printre elevi este posibilă numai cu ajutorul cutireacțiunei la tuberculină și a examenului radiologic.

Trebue să accentuăm dela început, că pentru a obține rezultatul dorit, o singură examinare nu este niciodată suficientă. Copiii trebue controlați cu ajutorul acestor procedee în repetate rânduri, după o tehnică care azi este bine precizată, grație vastei experiențe acumulate în toate țările unde medicina școlară funcționează de mai multă vreme, în mod satisfăcător.

Procedând astfel, noi vom cunoaște nu numai situația epidemiologică a tuberculozei elevilor dintr'un moment dat, ci vom putea urmări evoluția ei pe toată durata școlarității lor, care pentru unii se extinde dela 7 până la 24 ani.

Tehnica depistării prin cutireacțiune.

Contrar cu ceea ce se susținea de către autorii cari au întreprins primele cercetări mai extinse cu ajutorul reacției lui Pirquet *(Hamburger și Monti)* că, mai ales în mediul urban, majoritatea absolută a copiilor contractează până la vârsta de 12 ani, o primoinfecție tuberculoasă, — azi se știe precis, grație cercetărilor școlii scandinave *(Heimbeck, Arborelius, Madsen,* etc.), confirmate apoi în toate țările, că, în realitate, majoritatea copiilor intră în școala primară fără să fi contractat această primoinfecțiune și chiar la adulții tineri (studenți, recruți) se poate constata o proporție însemnată de cutireacțiuni negative.

Primoinfecțiunea tuberculoasă nu este deci apanajul celei dintâi sau celei de a doua copilării, ci ea se întâlnește frecvent și mai târziu, până în vârsta adultă.

In școlile primar dela noi, cutireacțiunea a fost găsită negativă într'o proporție ce variază între 60 și

80 % *(Slătineanu, Alexa şi Bălteanu, Andronovici, Daniello, Chiper şi Bumbăcescu).*

Pentru a descoperi, chiar dela începutul şcolarităţii lor, copiii infectaţi cu tuberculoză, *cutireacţiunea trebue practicată la toţi copiii înscrişi în şcoală, în primele săptămâni a frecventării aceleia.*

In ce priveşte procedeul pe care trebue să-l adoptăm pentru executarea cutireacţiunei, părerile autorilor sunt împărţite. Unii, cum sunt *Schröder* în Germania, *G. Popovici* la noi, susţin că toate metodele cari necesită scarificaţii sau injecţii *(Pirquet, Mantoux, Trambusti* etc.), trebuesc evitate, fiindcă întâmpină rezistenţă din partea elevilor şi părinţilor şi recomandă tehnica cea mai simplă, adică *proba percutană* a lui *Moro,* perfecţionată de *Widovitz-Scarzella* sau *Popovici.*

Tehnică: Se curăţă bine pielea, în regiunea pectorală sau a manubriului sternal, cu eter *(Widovitz-Scarzella)* sau cu o soluţie de hydrat de sodiu 10 % *(Popovici),* şi apoi se fricţionează cu degetul, timp de un minut, cu alifia diagnostică de tuberculină a lui *Moro.* (Nu cu „Ectebina" aceluiaşi autor, care trebue utilizată numai în scop terapeutic!)

Alţi autori *(Malmross* şi *Hedval,* la noi *M. Nasta)* sunt de părerea că probele percutane şi chiar tehnica originală alui *Pirquet,* nu sunt destul de sensibile şi nu indică cu certitudine toate cazurile de infecţii tuberculoase, mai ales dacă copii se găsesc, din diferite motive, într'o stare de relativă anergie. De aceia ei recomandă reacţia lui *Mantoux,* cu diluţii de tuberculină de 1 : 10,000 sau 1 : 5000.

Tehnică: Se injectează riguros intradermic 1/10 cc. dintr'una din soluţiile de tuberculină menţionate mai sus. Injecţia trebue să producă imediat o proiminenţă papuloasă albă în derm. Rezultatul se citeşte după 24 ore.

Poate că au dreptate autorii cari susţin că proba *Moro* este destul de sensibilă la copiii cu pielea fină şi slab pigmentată ai rasei nordice, pe câtă vreme la copiii bruni ai raselor meridionale ea dă rezultate nesigure.

In baza experienţei pe care o avem, şi noi recomandăm reacţia *Mantoux,* care, cu oarecare deprindere, poate fi destul de uşor executată. La copiii nervoşi sau impresionabili trebue să procedăm cu tactul cuvenit, excepţional putem aplica la ei proba percutană. Aceasta din urmă este însă greu de executat la noi, fiindcă alifia lui *Moro* nu se găseşte în comerţ în România.

După părerea tuturor cercetătorilor, cutireacţiunile cu tuberculină, indiferent de metodă, sunt absolut inofensive, dacă se respectă o tehnică corectă.

Cu ajutorul reacţiei la tuberculină, executate la începutul şcolarităţii, copiii se împart în două categorii, după cum au reacţionat: *negativ* sau *pozitiv.*

Copiii din grupul negativilor (60—80 % din totalitatea elevilor de şcoli primare) *pot fi cu certitudine consideraţi neinfectaţi cu tuberculoză şi nu au nevoie de examen radiologic.* In schimb, cutireacţiunea se va repeta la acest grup la începutul fiecărui an şcolar.

Pe măsură ce copiii înaintează în vârstă, proporţia cutireacţiunilor pozitive creşte şi, paralel cu ea, şi numărul celor ce trebuesc examinaţi radiologic, pe câtă vreme cifra celor urmăriţi prin cutireacţiuni anuale scade, căci de îndată ce reacţiunea la tuberculină a devenit pozitivă, ea nu mai trebue repetată.

Tehnica depistării prin examenul radiologic.

Examenul radiologic trebue repetat anual tuturor copiiilor cari au reacţionat pozitiv la tuberculină, iar dacă la primul examen se constată vreo leziune cu caracter activ, copiii trebuesc supraveghiaţi permanent de către un Dispensar sau medic specialist.

In ce priveşte examenul radiologic, trebue să se aibă în vedere următoarele: cea mai simplă şi expeditivă metodă este radioscopia. Executată cu o instalaţie modernă (ecran de tip *Levy — West),* de către un specialist experimentat şi bine adaptat la întunerec, ea poate aduce servicii apreciabile. Să nu se uite însă, că sensibilitatea acestei metode are un anumit prag şi că leziuni pulmonare, tocmai dintre cele mai evolutive (infiltrate discrete datorite unei primoinfecţiuni, focare iniţiale de tip *Malmross—Hedval,* diseminări micronodulare), pot scăpa şi celui mai atent examinator. De asemenea şi interpretarea corectă a multor imagini hilare este foarte dificilă sau imposibilă, numai cu ajutorul radioscopiei.

De aceea în toate cazurile cu imagini dubioase, sau în acelea unde pe lângă cutireacţiunea pozitivă există şi oarecari semne clinice de activitate (stare generală precară, termolabilitate, bronşită perihilară, eritem nodos, flictene, oboseală, inapetenţă, anemie, etc.) examinarea se va completa printr'o radiografie.

Un progres în tehnica examenului radiologic în masă îl reprezintă fără îndoială, *radiofotografia* (fotografierea imaginei radioscopice de pe ecran — Schirmbildphotographie), după metoda lui *Abreu—Holfelder.* Procedeul este foarte economic (clişeul fiind de 3/4 cm. costă doar câţiva lei), destul de exact din punct de vedere diagnostic şi foarte rapid (până la 500 fotografii pe oră).

Dacă dispunem de o asemenea instalaţie, atunci este preferabil să renunţăm la radioscopie şi să executăm, pentru toţi elevii cu reacţiune pozitivă la tuberculină, un astfel de clişeu, pe care îl ataşăm fişei de sănătate a fiecărui elev. El constitue un document obiectiv de cea mai mare valoare pentru apreciarea stării ulterioare a sănătăţii copilului.

Interpretarea constatărilor radiologice ale elevilor cu reacţii pozitive la tuberculină este foarte delicată, reclamă temeinice cunoştinţe de ftiziologie şi trebue făcută totdeauna ţinând seama de datele clinice şi de evoluţia leziunilor. De aceea este recomandabil ca ea să fie făcută de medicul unui Dispensar antituberculos, care la nevoe, să poată şi observa copilul.

Se impune neapărat să adoptăm şi o clasificare unitară a diverselor categorii de imagini radiologice, pe care le întâlnim la copiii de vârsta şcolară, pentru ca rezultatele obţinute de diferiţi examinatori să poată fi comparate şi întreg materialul prelucrat statistic sau exploatat ştiinţific.

Iată spre ex. o clasificare propusă de *Schröder:*

Constatări radiologice	*Interpretare clinică*
Aspect radiologic normal	Infecţiune latentă
Noduli calcefiaţi în hil sau parenchim	Tuberculoză vindecată
Opacefieri de densitate mijlocie, imprecis conturate	Tuberculoze încă nevindecate
Umbre moi şi voalări difuze	Leziuni tuberculoase recente, evolutive

Categoriile stabilite de *Schröder* nu constitue o clasificare, în sens clinic, a tuberculozei infantile, în ele pot fi însă introduse toate formele clinice. Avantajul sistemului lui *Schröder* constă în faptul că, fiind foarte simplu, se pretează admirabil la lucrări statistice.

Redeker utilizează clasificarea următoare:

1. Umbre dense izolate.
2. Complexe primare şi adenopatii hilare active.
3. Infiltrate rezorbite.
4. Infiltrate active.
5. Infiltrate îndurate (sclerozate).
6. Tuberculoză terţiară (ftizie).

Noi ne-am servit, în anchetele noastre şcolare şi la examinările obligatorii făcute tuturor studenţilor Universităţii Cluj, de o clasificare clinico-radiologică mai complexă, care cuprinde aproape toate formele clinice ale tuberculozei, dar care, pentru nevoile statisticei, poate fi totuşi simplificată la 5 categorii de leziuni.

Iată această clasificare:

I. Tuberculoze vindecate.

1. Complexe primare calcefiate.
2. Calcefieri hilare.
3. Calcefieri izolate în parenchim.
4. Scizurite scleroase.
5. Festoane pleurale.

II. Tuberculoze active — evolutive din faza de primo-infecţiune şi generalizare.

6. Complexe primare active.
7. Adenopatii hilare active.
8. Infiltrate perifocale.
9. Focare nodulare iniţiale de tip *Malmross-Hedval.*
10. Leziuni micronodulare generalizate.
11. Leziuni micronodulare discret diseminate.

III. Tuberculoze active — evolutive de tip ftizic.

12. Tuberculoze fibrocazeoase incipiente.
13. Tuberculoze fibrocazeoase cavitare.
14. Tuberculoze ulcerocazeoase.

IV. Scleroze consecutive tuberculozelor de primoinfecţiune şi generalizare.

15. Scleroze perihilare.
16. Scleroze localizate în alte regiuni.
17. Scleroze generalizate.
18. Simfize pleurale extinse.

V. Scleroze consecutive unei ftizii.

19. Ftizii fibrozate.
20. Fibrotorax.

Clasificarea de care ne servim noi permite, cu ocazia examinării în masă, o notare rapidă şi totuşi exactă a grupului în care se încadrează leziunea, precum şi a formei clinice a tuberculozei, ceea ce este un avantaj faţă de clasificarea lui *Schröder,* care indică numai grupul. Aşa spre ex. dacă vrem să notăm o tuberculoză fibrocazeoasă incipientă, scriem în fişă III. 12, sau dacă constatăm un complex primar calcefiat scriem I. 1. Această notaţie se pretează la orce fel de lucrare statistică.

II. Descoperirea sursei dela care au contractat elevii infecţiunea.

Prin descoperirea infecţiunilor tuberculoase latente, sau a diferitelor alteraţiuni pulmonare, la elevii de şcoală, cu tehnica arătată în capitolul precedent, rolul medicului şcolar în profilaxia tuberculozei nu este încă epuizat. *El are datoria să încerce totdeauna descoperirea sursei de infecţiune, dela care s'a contaminat copilul.* Şcoala germană a formulat postulatul „vom Kind zur Quelle". Acest drum poate fi parcurs, în majoritatea cazurilor, cu destulă uşurinţă.

Experienţa ne arată că, atunci când mai mulţi copii ai aceleiaşi familii au cutireacţiunea pozitivă, sau când această reacţiune este intens pozitivă, chiar la un singur copil, sursa de contagiune este, de regulă, intrafamiliară. Medicul şcolar trebue să întreprindă, în toate cazurile de acest fel, o *anchetă familiară,* adică să examineze radiologic, prin intermediul unui Dispensar antituberculos, toţi membrii acelei familii, inclusiv personalul de serviciu. In majoritatea cazurilor sursa de contagiune va putea fi în acest fel descoperită.

Dacă ancheta întreprinsă de medicul şcolar în familia copiilor cu cutireacţiune pozitivă a rămas infructuoasă, atunci vor trebui căutate alte surse posibile de infecţiune, printre persoanele cu care copilul vine în mod obişnuit în contact. Asemenea persoane pot fi: rude, prieteni de joc, locatari ai aceluiaşi imobil etc. Printr'o pacientă cercetare şi aceste surse pot fi de multe ori descoperite.

O sursă frecventă şi importantă de contagiune a copiilor de vârstă şcolară, o constitue la noi, membrii corpului didactic, atinşi de tuberculoze deschise şi care cu toate acestea continuă să funcţioneze în şcoli. Intr'o lucrare publicată în 1940, împreună cu *P. Chiper* şi *N. Bumbăcescu*, am arătat, că infecţiunea elevilor dela învăţători tuberculoşi este, la noi, foarte frecventă şi că pericolul pe care învăţătorii tuberculoşi îl constitue pentru elevi este foarte mare. Proporţia cutireacţiunilor pozitive în clasele cu învăţători bacilari atinge uneori 82%. Dacă cu ocazia executării cutireacţiunii într'o şcoală, se constată într'o clasă o proporţie mult mai mare de cutireacţiuni pozitive decât în altele, este foarte probabil, că sursa comună de contagiune a acestor copii a fost un învăţător tuberculos.

De aceea, cu ocazia examenelor radiologice practicate elevilor, trebue neapărat examinaţi, în fiecare an, toţi membrii corpului didactic şi cei găsiţi tuberculoşi trimişi în faţa comisiunilor medicale, în care trebue cooptat un ftiziolog, căci aşa cum sunt constituite în prezent, din nespecialişti, aceste comisii comit foarte frecvent regretabile greşeli de diagnostic şi iau măsuri nepotrivite.

Prin aplicarea sistematică a cutireacţiunii la toţi copiii de şcoală şi cercetarea sursei lor de contagiune se pot obţine astfel indicaţiuni preţioase şi în privinţa răspândirii infecţiunii tuberculoase în mediul social, extraşcolar, uşurându-se considerabil activitatea de depistare a Dispensarelor. Medicina şcolară se integrează deci în opera generală de profilaxie antituberculoasă.

III. Măsuri de profilaxie pentru copiii cu reacţiune pozitivă la tuberculină şi sursă de infecţiune cunoscută.

Depistarea infecţiunii tuberculoase a elevilor, prin tehnica arătată aci, nu serveşte numai la împiedecarea difuzării contagiunii printre copiii sănătoşi, ci ne impune şi obligaţia să luăm anumite măsuri, pentru a preveni îmbolnăvirea celor atinşi de infecţiuni latente.

Cea mai urgentă dintre aceste măsuri este *întreruperea contactului dintre copilul infectat şi sursă, prin măsuri potrivite de izolare.* Evitarea reinfecţiunilor repetate este de cea mai mare însemnătate pentru evoluţia unei primo-infecţiuni. Deşi în ultimul timp părerile în această privinţă sunt împărţite, avem motive serioase să credem, că reinfecţiuni des repetate agravează prognosticul tardiv al unei tuberculoze. Statistici extinse demonstrează, că mortalitatea tardivă de tuberculoză este considerabil mai mare în grupul copiilor care au avut în vârsta şcolară o cutireacţiune pozitivă şi surse de infecţiune familiare, decât în grupul celor care au reacţionat negativ la tuberculină *(Schröder).*

Izolarea copiilor infectaţi de persoana care constitue sursa de contagiune, este uşoară când aceasta nu se găseşte în familie. In cazul din urmă — care este cel mai frecvent — problema devine mai complicată, dar cu bunăvoinţă şi perseverenţă din partea medicului şi a familiei ea poate fi totuşi soluţionată. Rezolvirea ei se izbeşte la noi de două piedeci mari: lipsa unei organizaţii generale de profilaxie antituberculoasă, îndeosebi lipsa de Dispensare suficiente care să funcţioneze corect, şi lipsa unei educaţii igienice a populaţiei. Faţă de cea dintâi dintre ele medicul şcolar este neputincios, pe a doua o poate combate cu succes.

In majoritatea familiilor care posedă o locuinţă cu cel puţin două încăperi, izolarea unui tuberculos se poate face în mod eficace, dacă bolnavul însuşi şi membrii familiei au noţiuni suficiente de profilaxie antituberculoasă şi igienă şi le aplică conştiincios. Totul se reduce deci la măsuri educative, pe cari medicul şcolar le poate lua. El va începe cu copilul, în şcoală, şi în această privinţă este neapărat necesar ca în programul învăţământului nostru primar să se introducă, din primul an, *măsuri de educaţie igienică sistematică,* a căror aplicare practică să fie controlată de către învăţători şi medicul şcolar.

In acest fel copiii îşi vor însuşi simţul curăţeniei, atât de important pentru viaţa unui popor şi atât de rudimentar desvoltat la noi, precum şi modul cum să se ferească de infecţiuni de tot felul.

Graţie acestui învăţământ igienic elementar, care în alte părţi este aplicat cu mult succes, copiii devin apoi, în anumite straturi sociale, educatorii părinţilor şi familiei, iar medicul şcolar în cursul întrevederilor pe care trebue să le aibă cu părinţii, le va da acestora toate sfaturile practice necesare pentru a feri copilul de infecţie.

Pentru a împiedeca transformarea unei infecţiuni tuberculoase latente în baciloză evolutivă, mai trebuesc luate, înafară de evitarea reinfecţiunilor, şi alte măsuri.

Azi se ştie că un organism tânăr care contractează o primoinfecţiune tuberculoasă, are cu atât mai multe şanse s'o învingă şi s'o transforme într'un complex primar inactiv, cu cât s'a găsit în condiţiuni mai favorabile de rezistenţă organică, în momentul infecţiunii şi în lunile următoare aceleia. Se poate afirma cu certitudine, că acei copii cari după virajul cutireacţiunii dela negativ la pozitiv vor fi feriţi de eforturi fizice mai mari, de insolaţii, de infecţiuni inter-

curente, vor fi substanţial alimentaţi şi igienic îngrijiţi sau — în anumite cazuri — supuşi chiar unei cure de repaus, vor da un procent mai mic de îmbolnăviri tardive, decât aceia pentru cari aceste măsuri nu au fost luate.

Medicilor şcolari le revine misiunea de a lămuri şi în această privinţă atât pe părinţi, cât şi pe învăţători sau profesori. Aceşti copii trebuesc neapărat menajaţi şi fortefiaţi, iar nu epuizaţi fiziceşte, printr'o activitate şcolară prea intensă sau prin gimnastică şi sporturi, aplicate fără niciun discernământ. In această privinţă şcoala noastră păcătueşte foarte mult şi o schimbare a concepţiei oficiale în privinţa educaţiei tineretului este grabnic necesară. O adevărată educaţie nu se poate face pe bază pur spirituală, ci numai pe bază biologică. Şi corpul nostru didactic, care a avut până în prezent o atitudine destul de refractară faţă de nevoile de ordin biologic ale organismului infantil, trebue să-şi schimbe mentalitatea.

Spre a putea completa hrana, adeseori insuficientă, a copiilor debili şi infectaţi cu tuberculoză, *trebuesc înfiinţate pretutindeni cantine şcolare,* cari să distribue gratuit lapte şi alte suplimente de hrană, bogată în calorii şi vitamine, celor lipsiţi de mijloace.

O altă măsură foarte utilă şi care trebue generalizată, este *înfiinţarea de colonii de vacanţă la munte şi la mare,* pentru copiii săraci, purtători ai unei tuberculoze latente. Trimiţând copiii pentru două luni într'o asemenea colonie, ei sunt sustraşi, pentru acest interval, oricărui contact cu o sursă de contagiune, iar prin regimul igieno-dietetic şi climatic de care beneficiază acolo, rezistenţa lor organică este mult sporită.

Mai trebue apoi recomandat personalului didactic să ţină în lunile de vară cât mai des *lecţii în plin aer* şi la oraşe trebuesc înfiinţate şi la noi *şcoli în aer liber.*

Promotorii acestor salutare inovaţii trebue să fie medicii şcolari, cari au în faţa lor un vast şi încă nedefrişat câmp de activitate şi o mare răspundere pentru viitorul Naţiunii.

IV. Asistenţa medico-socială a elevilor, învăţătorilor şi profesorilor tuberculoşi.

Este desigur o gravă lacună a organizaţiei noastre antituberculoase că nu avem în ţară niciun singur sanator pentru copii de vârstă şcolară, suferind de tuberculoză pulmonară deschisă sau ganglio-pulmonară, după cum nu avem niciun sanator pentru studenţii universitari. In repetate rânduri am atras atenţiunea, împreună cu d-l Prof. *Haţieganu,* asupra nevoii urgente a unor asemenea instituţiuni, dar până în prezent nu s'a făcut nimic în această privinţă. Adresăm şi cu această ocazie un apel celor în drept, să facă tot posibilul pentru a le realiza, căci fără ele un tratament raţional şi eficace a tuberculozei tineretului şcolar, de toate categoriile, nu se poate face.

Aproape de neînţeles este însă faptul că pentru membrii corpului didactic primar şi secundar care constituie cea mai numeroasă corporaţiune de intelectuali din ţară, nu s'a organizat până în prezent niciun fel de asistenţă medico-socială în caz de boală şi mai ales în caz de îmbolnăvire tuberculoasă. Muncitorii tuberculoşi sunt trataţi de Casa Asigurărilor Sociale, ceferiştii au sanatoriile şi dispensariile lor, învăţătorii tuberculoşi sunt lăsaţi să moară pe drumuri! Numărul lor este foarte mare, căci frecvenţa tuberculozei printre ei poate fi cu siguranţă evaluată la 0,5 %. Din salarul pe care îl au, chiar dacă el li se plăteşte integral şi în timpul concediilor de boală, ei nu pot să-şi asigure întreţinerea într'un sanator şi să-şi susţină şi familia. De altcum nici nu avem în ţară locuri suficiente în sanatoriile publice pentru a putea interna, pentru un timp suficient de lung, toţi învăţătorii şi profesorii tuberculoşi. Din aceste motive ei se tratează în mod cu totul insuficient şi continuă să funcţioneze bolnavi în şcoală, răspândind infecţiunea printre copii, după cum am dovedit prin cercetări întreprinse în numeroase şcoli.

Această stare de lucruri trebue să înceteze. In acest scop propunem să se realizeze urgent:

depistarea sistematică a tuberculozei printre învăţători şi profesori, prin examene radiologice repetate anual, în mod obligatoriu, pentru toţi membrii corpului didactic primar şi secundar;

o asigurare pentru caz de boală, (sau, dacă aceasta nu se poate extinde asupra tuturor îmbolnăvirilor, măcar o asigurare pentru caz de tuberculoză). In acest mod, printr'o cotizaţie minimală s'ar putea aduna fondurile necesare tratamentului dascălilor tuberculoşi şi ajutorării familiilor lor;

sanatorii pentru membrii corpului didactic sufeferinzi de tuberculoză deschisă;

staţiuni de cură pentru convalescenţi şi cazuri de tuberculoze închise;

acordarea concediilor pentru tuberculoză, reprimirile în serviciu în caz de însănătoşire, trimiterea în sanatorii sau staţiuni de cură şi orice altă deciziune privitoare la învăţători sau profesori tuberculoşi să se facă de o comisie medicală, în care votul hotărâtor să-l aibă un ftiziolog cu experienţă.

Prin aceste măsuri s'ar putea evita cu certitudine infectarea elevilor de şcoală prin învăţători sau profesori, tuberculoşi iar acestora li s'ar da posibilitatea să se trateze în bune condiţiuni.

Bibliografie

Privitoare la tuberculoză şi şcoală la *Schröder,* in „Ergebnisse der gesammten Tuberkuloseforschung" Bd. VIII, Georg Thieme Leipzig, 1937, pag. 619.

Pentru problema învăţătorilor tuberculoşi vezi *L. Daniello, P. Chiper* şi *N. Bumbăcescu:* Frecvenţa infecţiunii bacilare printre elevii şcolilor primare rurale cu învăţători tuberculoşi. „Revista de Igienă Socială". Buc. Anul X. Nr. 1—1940.

Probleme sanitare

Referat asupra călătoriei pentru studiul organizării sanitare în Germania

de

Dr. Iosif Stoichiția,

Secretar General al Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Urmând invitației D-lui *Phlaumer*, Ministrul de Interne în Statul Baden, *D-l Ministru Mihai Antonescu* a delegat o comisie de studii, care deplasându-se în Germania la sfârșitul lunei Aprilie 1941, a studiat la fața locului diferitele aspecte ale organizației administrative a Reichului.

Făcând parte din această comisiune, am urmat indicațiile primite dela d-l *Ministru al Sănătății Prof. Dr. Tomescu*, și m'am ocupat în mod deosebit de studiul organizației sanitare actuale a Germaniei.

Rezultatul acestui studiu, făcut între 23 Aprilie și 8 Mai a. c., formează obiectul prezentului referat.

Istoric

O scurtă reprivire istorică ne arată că atât în Prusia, cât și în celelalte state care compun Imperiul German, la început serviciul sanitar public era asigurat numai printr'un medic curativ, particular sau de spital, însărcinat din partea Statului cu anumite atribuții de control în ceea ce privește igiena publică și combaterea epidemiilor. Acest medic care era ales dintre cei mai destoinici practicieni, nu era propriu zis funcționar de Stat și purta titlul de „Physikus".

Prin „Legea medicului de circumscripție" (Kreisarlztgesetz) din 1899, s'a introdus funcția medicului de circumscripție ca medic oficial, însărcinat cu combaterea epidemiilor, poliția sanitară, medicina legală, etc., dar în același timp obligat să se ocupe și de tratamentul bolnavilor din circumscripția sa.

Medicii de circumscripție erau subordonați organelor administrative locale, aveau drepturi minimale și adeseori nu erau luați în seamă de cei chemați să dispună măsurile necesare de ordin sanitar. Cu toate acestea, prin calitatea generațiilor de medici care s'au perindat în aceste funcțiuni, între cari și savantul *Robert Koch*, funcția de medic de circumscripție s'a dovedit utilă și ea a fost menținută până după războiul mondial, deși circumscripțiile sanitare prin densitatea tot mai mare a populației au ajuns la proporții de câte 50—70.000 locuitori pentru un medic.

După războiul mondial au luat ființă *„oficiile de ocrotire"* susținute de organele administrative locale, de partidele politice și de diferite societăți de binefacere, ca instituții care se ocupau de sănătatea publică și de asistența socială. In lipsa unor norme unitare de organizare, serviciul sanitar public a devenit cu timpul un organism foarte variat și complicat și lipsit de unitate.

Deodată cu venirea la putere a regimului național-socialist și concomitent cu reformele introduse în domeniul politicei economice, culturale și sociale, s'a schimbat și concepția în materie de politică sanitară, fixându-se ca principal obiectiv: *promovarea sănătății colective a rasei germane, prin protecția familiei sănătoase din punct de vedere eugenic și rasial și prin aceasta asigurarea unei desvoltări optimale a capitalului biologic național.*

Păstrarea și promovarea patrimoniului biologic ereditar a intrat pe primul plan al preocupărilor conducătorilor Germaniei Național Socialiste și noua organizare sanitară înfăptuită de regimul lui Adolf Hitler are la bază realizarea integrală a acestor principii.

Este interesant de știut că principiile de biopolitică realizate în mare parte prin regimul național-socialist german, au fost lansate în România în mod documentat de către d-l *Prof. Moldovan*, încă din anul 1921, prin publicațiile „Biopolitica" și „Igiena Națiunei", precum și prin revista „Eugenie și Biopolitică", editată de Societatea Culturală „Astra" și de Institutul de Igienă și Sănătate Publică din Cluj.

Noua organizare sanitară înfăptuită de regimul Național Socialist pe teritoriul întregului Reich, se întemeiază pe dispozițiile cuprinse în „Legea pentru unificarea sănătății publice din 3 Iulie 1934" (Das Gesetz über fie Vereinheitlichung des Gesundheitswesens) și pe Regulamentele de aplicare din 6 Februarie, 22 Februarie și 30 Martie 1935, precum și pe diferite decizii complimentare ale Ministerului de Interne al Reichului.

Organizațiile de eugenie și igienă rasei au luat ființă în baza dispozițiilor cuprinse în „Legea de Eugenie" (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses) din 18 Octomvrie 1935 și „Legea pentru protecția sângelui și onoarei germane" (Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre) din 15 Sept. 1935.

Organizaţia centrală

Conducerea centrală a sănătăţii publice pentru Reich, aparţine Ministerului de Interne. In cadrele acestui Minister funcţionează Direcţia a IV-a pentru sănătatea publică numită „Volksgesundheit", condusă de un director ministerial.

Această direcţie se compune din două secţii principale şi anume, o secţie pentru medicina umană şi alta pentru medicina veterinară.

Conducătorul Direcţiei este în acelaşi timp şi Preşedinte al „Consiliului Sanitar al Reichului", al „Academiei de Stat" de Medicină din Berlin şi al „Consiliului Sanitar al Prusiei". El are ca principali colaboratori: 11 Consilieri ministeriali, 13 Consilieri guvernamentali, 4 Asesori şi o serie de funcţionari de grade mijlocii şi inferioare.

Ca principale atribuţii Direcţia Serviciului Sanitar este preocupată de următoarele probleme:

Executarea legei de unificare a sănătăţii publice; Marile probleme de eugenie şi igienă a rasei; cercetări în domeniul eugeniei şi studiul demografic.

In afară de aceasta tot Direcţia centrală se ocupă de pregătirea, examinarea şi perfecţionarea personalului sanitar, farmaceutic şi chimist, iar ca organ tutelar suprem se ocupă şi de problemele ce-i sunt înaintate de organele exterioare, din domeniul medicinei preventive, în deosebi: igiena şcolară, tuberculoza, ocrotirea infirmilor, a orbilor şi surdo-muţilor; igiena şi salubritatea publică; igiena locuinţei; combaterea epidemiilor, precum şi cercetări în domeniul bacteriologiei şi serologiei şi prepararea de vaccinuri şi seruri.

Direcţia centrală elaborează directivele generale în domeniul controlului comerţului de alimente şi băuturi; aprovizionarea cu apă potabilă; canalizarea; igiena industrială; practica farmaciei şi drogheriei; regimul înmormântărilor şi transportul de cadavre; propaganda sanitară; educaţia sanitară şi menţinerea şi promovarea legăturilor internaţionale pe teren ştiinţific medical.

Tot această direcţie dirijează şi medicina veterinară cu toate problemele ce-i aparţin.

Este de observat că, Direcţia centrală se ocupă numai de elaborarea directivelor generale, administraţia şi executarea făcându-se prin organele exterioare în sensul celui mai larg spirit de descentralizare.

Consiliul Sanitar al Prusiei care depinde de Direcţia centrală, îndeplineşte funcţia unui organ consultativ şi înafară de aceasta execută examinarea medicilor oficiali şi dă expertize ca instanţă supremă în chestiuni de medicină legală.

Academia de Stat de Medicină face cursurile de pregătire pentru medicii de Stat în semestre de câte trei luni, examenul de Stat făcându-se în faţa comisiilor delegate de Consiliul Sanitar.

Tot în legătură cu Direcţia centrală funcţionează şi un *„Consiliu consultativ"*, pentru problemele demografice şi politica rasială. Acest Consiliu se compune din cele mai proeminente figuri ale Partidului Naţional Socialist.

„Consiliul Sanitar al Reichului" care lucrează în strânsă legătură cu Direcţia centrală din Ministerul de Interne, a luat fiinţă pentru coordonarea activităţii diferitelor societăţi şi asociaţii care se ocupă de sănătatea publică, cum ar fi: Liga pentru ocrotirea mamei şi a copilului; Liga contra tuberculozei; Liga pentru combaterea veneriilor; Liga pentru combaterea cancerului; Liga pentru combaterea alcoolismului; şi alte societăţi sau asociaţii provinciale sau regnicolare care se ocupă de sănătatea publică şi ocrotirea socială.

Medicii oficiali angajaţi în serviciul sanitar public, sunt constituiţi într'o *asociaţie* cu caracter profesional şi ştiinţific. Această asociaţie editează o revistă ca buletin oficial, având o ediţie pentru medici şi alta pentru personalul auxiliar şi pentru marele public ca organ de propagandă sanitară.

Tot de direcţia centrală din Ministerul de Interne depinde aşa numitul *„Reichsgesundheitsamt"*, Oficiul Sanitar al Reichului, care însă este în realitate un Institut de ştiinţă aplicată, dispunând de o serie de alte instituţii pentru cercetări în domeniul eugeniei, igienei rasei, chimie alimentară, fiziologie, farmacologie, etc., inclusiv Institutul „Robert Koch".

Organele regionale

In directă legătură cu Direcţia din Ministerul de Interne al Reichului, lucrează serviciile respective dela organele regionale sau provinciale, care la rândul lor sunt supuse autorităţii şefului administraţiei din provincia sau regiunea respectivă. Serviciile provinciale sunt conduse de câte un medic având titlul de Director sau Consilier Ministerial şi dispunând de un personal de birou foarte redus. Aceste organe au şi dreptul de control şi inspecţie asupra serviciilor exterioare. Ele ar corespunde în organizaţia noastră sanitară, Inspectoratelor generale sanitare, de pe lângă fostele reziденţii Regale.

Oficiul Sanitar

Conform legei de unificare administrativă, administraţiile provinciale sau regionale sunt împărţite în aşa numite „Landkreis", ceea ce ar corespunde aproximativ cu Prefecturile noastre de judeţ având o cifră de populaţie între 60—300.000 locuitori. Oraşele cu număr mai mare de locuitori constitue unităţi administrative separate numite „Stadtkreis".

Pentru fiecare unitate administrativă mai sus arătată, există câte un *oficiu sanitar de Stat (Gesundheitsamt)*. In Berlin funcţionează în prezent 22 de

DIGIBAÏNE

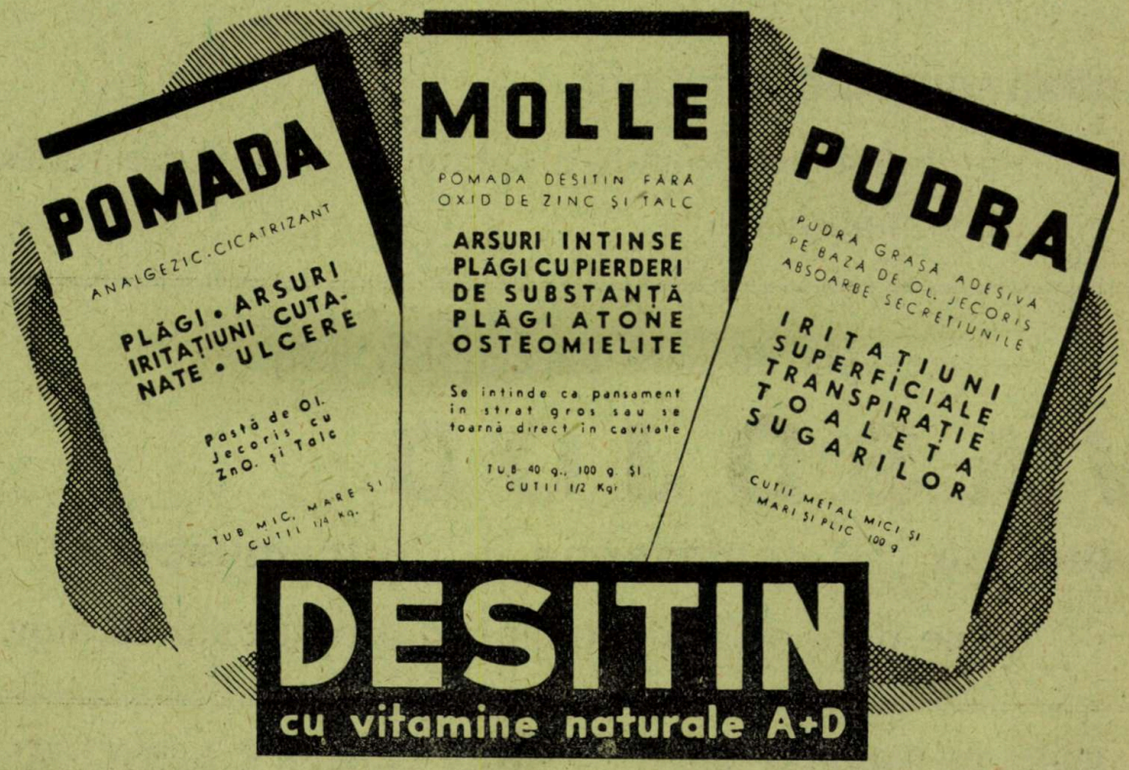
TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabainã sensibilizează miocardul la digitalinã permiţând acesteia din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = 1/10 mg. digitalină crist. + 2/10 mg. ouabainã crist. Doza mijlocie: 20 — 30 picături pe zi.

Codex S. A. R, Calea Şerban Vodă 41, Bucureşti



Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

PREPARATE NOUI

AMBESID Tablete şi fiole

Preparat sulfamidat

Conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă
Fiole de 2 şi 5 cc. cu un conţinut de 10%.

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi, gonococi şi colibacili.

BELLAFIT

fiole injectabile
soluţie
tablete

Antispasmodic energic

conţinând totalitatea alcaloizilor izolaţi din rădăcina de belladonă.

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

subcutan intravenos intramuscular

Fiole de 2 şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE GEDEON RICHTER S. A. BUCUREŞTI V.

Strada Logofătul Tăut Nr. 99.

oficii sanitare, supuse unui serviciu sanitar central condus de un medic oficial care lucrează în strânsă legătură cu Primarul General al Capitalei.

Oficiile sanitare de Stat sunt organizaţiuni înfiinţate şi întreţinute de Stat; în unele regiuni contribue la întreţinerea lor şi administraţiile locale, toate lucrează însă după normele unitare elaborate de către Direcţia Centrală din Ministerul de Interne.

Conducerea Oficiului Sanitar este încredinţată unui *medic oficial (Amtzarzt)* care este funcţionar de Stat şi este numit de către Ministrul de Interne dintre medicii cu dreptul de liberă practică, absolvenţi ai cursurilor de specializare şi cu cel puţin cinci ani de activitate ca medic după obţinerea diplomei. Medicul conducător are un înlocuitor care trebue să dispună de aceiaşi pregătire fiind ca şi şeful său, integral la dispoziţia serviciului, neputând face clientelă particulară şi nemai putând ocupa vreo altă funcţiune.

Pe lângă aceşti medici, mai funcţionează un număr corespunzător de medici de specialitate, fie ca funcţionari salariaţi de Stat, fie ca medici diurnişti. Pentru aceste funcţiuni sunt preferaţi medicii care au merite deosebite în sânul partidului.

Ca personal auxiliar funcţionează un număr corespunzător de oficianţi sanitari, surori de ocrotire, asistente tehnice, infirmiere şi personal administrativ de birou.

Surorile de ocrotire asigură legătura oficiului sanitar cu lumea din afară, prin vizitele la domiciliu şi prin participarea la consultaţiile de specialitate. Ele îndeplinesc şi anumite însărcinări de birou.

Oficiile sanitare sunt adăpostite în localuri proprietatea administraţiei locale, iar cheltuielile de întreţinere se plătesc în cea mai mare parte de către administraţia locală şi numai într'o proporţie redusă de Stat.

Principalele *atribuţii* ale Oficiului Sanitar sunt:

Poliţia sanitară; eugenia şi igiena rasei; consultaţiile prematrimoniale; educaţia igienică, igiena şcolară; consultaţiile prenatale şi de puericultură; consultaţii pentru tuberculoşi, bolnavi venerici, infirmi şi bolnavi mintali.

In afară de aceasta Oficiul Sanitar colaborează la măsurile pentru controlul educaţiei fizice şi al sporturilor, dă avize medico-legale, face expertize medicale şi eliberează certificate medicale oficiale.

Funcţionarea Oficiilor sanitare este reglementată de un regulament de funcţionare care prescrie în mod detailat toate atribuţiile şi însărcinările ce revin unui oficiu sanitar. In ceiace priveşte poliţia sanitară atribuţiile oficiului, ar fi în rezumat, următoarele: evidenţa şi controlul personalului medical; evidenţa şi controlul moaşelor şi celuilalt personal sanitar auxiliar; igiena locuinţei; alimentarea cu apă potabilă, canalizarea, îndepărtarea imundiciilor; controlul alimentelor şi băuturilor; combaterea epidemiilor; vaccinaţiunile antivariolice; controlul igienei industriale; controlul instituţiilor de asistenţă medicală şi socială şi a staţiunilor balneare şi climaterice; chestiunile de înmormântări şi transportul de cadavre şi chestiunile în legătură cu apărarea pasivă.

In domeniul educaţiei igienice, Oficiile sanitare activează prin conferinţe publice şi prin demonstraţiuni practice, precum şi prin vizitele la domiciliu ale surorilor de ocrotire.

In domeniul igienei şcolare se fac examinări în serie a tuturor elevilor; se fac fişe sanitare şcolare pentru fiecare elev şi dă asistenţă dentară la sediul oficiului prin medici de specialitate.

O deosebită atenţiune se acordă consultaţiilor prenatale şi consultaţiilor de puericultură unde se colaborează într'un mod intim cu surorile de ocrotire care fac vizite la domiciliu şi asistă la consultaţii. Nu se aplică tratamente ci se face numai tratament preventiv prin picături de Vigantol şi şedinţe cu raze ultraviolete pentru combaterea rachitismului.

Pentru depistarea tuberculozei, Oficiile dispun de instalaţii radiologice conduse de medici specialişti. In afară de reinsuflaţiile de pneumotorace artificial, nu se aplică nici un altfel de tratament la oficiul sanitar.

Tot la Oficiul sanitar se fac prin medici specialişti, consultaţiile pentru bolnavii venerici şi controlul prostituţiei.

Una din principalele atribuţii ale oficiilor sanitare este de a urmări în deaproape mişcarea demografică şi de a indica măsurile cuvenite în cazul când se observă o evoluţie nesatisfăcătoare. In acest scop există consultaţiuni prematrimoniale prin care se iau măsuri eficace pentru promovarea căsătoriilor sănătoase. La aceste consultaţiuni se prezintă toţi cei cari doresc să încheie o căsătorie şi să solicite „împrumutul de Stat" dat tinerilor căsătoriţi. Prin acest serviciu se eliberează certificatele prenupţiale şi se dau avize şi expertize pentru sterilizare. La acest serviciu se ţine un fişier asupra tuturor persoanelor, având tare ereditare care indică oprirea dela reproducţie. Din punct de vedere ereditar este considerat ca bolnav cei ce suferă de:

Idioţism congenital; schizofrenie; demenţă maniacală depresivă; epilepsie ereditară; choree ereditară; orbi din naştere; surdo-muţi din naştere; alcoolismul cronic grav şi defecte fizice mari ereditare. In baza certificatelor eliberate de Oficiul sanitar se pronunţă apoi „Tribunalul de eugenie".

Tot în baza certificatelor eliberate de Oficiile sanitare publice, se acordă împrumuturile de Stat pentru promovarea căsătoriilor şi pentru protecţia sângelui german prin evitarea căsătoriilor între germani şi cei de alte rase, cu deosebire evrei.

Oficiile sanitare de Stat funcţionează cu personal specializat, în condiţiuni materiale şi de personal relativ modeste şi cu un randament totuşi mare, datorit bunei organizări. Ele se ocupă exclusiv de problemele de medicină preventivă şi ocrotire naţională, acordându-se o atenţiune cu totul specială eugeniei şi igienei rasei.

In afară de Oficiile sanitare de Stat mai funcţionează în fiecare comună urbană şi rurală, câte unul sau mai multe *„Oficii de ocrotire"* (Wohlfurtsamt), înfiinţate şi întreţinute de comune sau de organizaţiile Partidului Naţional Socialist. Aceste oficii de ocrotire se ocupă în mod special de asistenţa socială a dependinţelor de orice natură, asigurând şi tratamentul medical în caz de boală a celor lipsiţi de mijloace prin plata cheltuielilor de spitalizare sau prin procurarea de medicamente. Oficiile de ocrotire sunt organizaţii locale dirijate, controlate şi subvenţionate de Stat.

Medicina curativă

Asistenţa medicală propriu zisă este asigurată prin medicii particulari care se găsesc în număr suficient şi în cele mai mici comune rurale ; prin asigurările sociale care înglobează aproape 80% din totalul populaţiei şi prin spitalele publice care sunt instituţii întreţinute exclusiv de comune, de asigurările sociale sau de iniţiativa particulară.

Asistenţa medicală nu constituie o problemă de Stat, ci o preocupare de interes local şi particular, lăsată exclusiv în sarcina administraţiilor locale şi a asigurărilor sociale.

Asigurările sociale nu dispun de dispensare policlinice pentru consultaţiuni medicale, asistenţa medicală a asiguraţilor făcându-se prin medici particulari în baza *liberei alegeri a medicului.*

Administraţia spitalicească se întemeiază pe principiul *autonomiei spitalelor,* fiecare spital având un buget propriu de venituri şi cheltuieli. Veniturile se realizează din taxele de îngrijire şi tratament, plătindu-se pentru clasa comună 6—7 mărci zilnic, iar pentru secţia de sanator (Privatstation) se achită o taxă zilnică de îngrijire de 9—12 mărci. La clasa comună nu se încasează nici o altă taxă în plus, iar la secţia de sanator se mai plătesc în plus onorarii medicale, taxe de laborator, medicamente, examinări speciale, etc. Onorariile medicale dela secţia sanator revin în întregime medicului şef respectiv care dispune asupra lor după cum crede de cuviinţă.

Spitalele se întreţin aproape integral din taxele de îngrijire pe care le încasează, deoarece pentru fiecare bolnav se plăteşte taxa prescrisă, fie de către bolnav personal, fie de Casa Asigurărilor Sociale sau de către Oficiile de Ocrotire Comunale şi de partid.

Personalul medical al spitalelor este angajat, numit şi salariat de autoritatea care întreţine spitalul din punct de vedere bugetar. Administraţia spitalicească este condusă de un director administrativ, nemedic, care execută bugetul ; se îngrijeşte de aprovizionare şi de tot ce este în legătură cu înzestrarea şi întreţinerea spitalului. Directorul administrativ al spitalului angajează şi concediază personalul inferior de serviciu şi de gospodărie, iar personalul tehnic auxiliar se angajează după propunerea medicului şef respectiv.

Aprovizionarea cu efecte şi cu alimente se face de pe piaţă prin directorul administrativ şi numai în cazul când este vorba de anumite articole (pături, cearceafuri, paturi), în cantităţi mai mari, aprovizionarea se face pe cale de licitaţie publică.

Aprovizionarea cu medicamente se face prin farmacia spitalului care îşi procură materialul necesar în preţuri de an-gros direct dela farmaciile respective. Nu există depozite de medicamente nici centrale şi nici regionale.

Majoritatea absolută a spitalelor din Germania, funcţionează sub acest regim în modul cel mai satisfăcător, îndeplinindu-şi în mod complet chemarea.

Concluzii

1. Serviciul sanitar public din Germania a fost organizat până înainte de războiul mondial, aproape pe aceleaşi baze ca şi serviciul sanitar românesc actual, având ca factor principal de acţiune, pe medicul de circumscripţie cu atribuţii mixte de ordin curativ şi preventiv.

2. In cel de al treilea Reich, Serviciul Sanitar Public a luat o desvoltare deosebită, organizaţia de Stat ocupându-se însă exclusiv cu problemele de medicină preventivă şi ocrotire naţională, medicina curativă fiind lăsată în sarcina administraţiei locale, a iniţiativei particulare şi a casei de asigurări sociale.

3. In sectorul curativ, s'a realizat autonomia aproape completă a spitalelor şi libera alegere a medicului în asigurări, care au dat cele mai bune rezultate.

4. Conducerea centrală a problemelor de sănătate publică şi ocrotire naţională, aparţine Ministerului de Interne, în cadrul căruia funcţionează o direcţie a Serviciului Sanitar (Volksgesundheit) condusă de un director având titlul de Subsecretar de Stat.

5. Pe lângă Guvernele sau autorităţile provinciale, funcţionează câte o secţie sanitară condusă de un director sau consilier ministerial ca organ de legătură între centru şi organizaţiile exterioare.

6. Pe lângă fiecare unitate administrativă regională (Landkreis şi Stadtkreis) funcţionează câte un Oficiu sanitar (Gesundheitsamt), care dispune de un dispensar

policlinic şi se ocupă exclusiv de medicina preventivă, igiena socială, eugenie, igiena rasei şi poliţia sanitară. Oficiul sanitar este condus de un medic oficial specializat.

7. Serviciul sanitar public este complet descentralizat, medicii conducători sunt coordonaţi şi nu subordonaţi organelor administrative locale ; ei pot lua şi executa pe proprie răspundere orice iniţiativă în interesul bunului mers al serviciului.

8. Pe lângă fiecare comună urbană sau rurală funcţionează câte unul sau mai multe „oficii de ocrotire", întreţinute de comune sau de organizaţiile Partidului Naţional Socialist.

9. Serviciul sanitar public din Germania se găseşte în fază de perfecţionare, el neavând încă o aşezare definitivă şi nefiind exact acelaşi în toate provinciile istorice ale imperiului. Cu toate acestea Serviciul Sanitar Public funcţionează după norme unitare şi dă cele mai bune rezultate.

Sugestii şi propuneri

Sistemul de organizare sanitară şi de ocrotire din Germania, nu se poate introduce decât în ţări cu o structură socială şi politică indentică cu a Germaniei. Totuşi unele organizaţiuni şi sisteme pot să fie aplicate cu succes şi în ţara noastră şi anume :

a) In sectorul curativ se poate introduce şi la noi autonomia spitalelor, cel puţin la spitalele mai mari cu peste 100 paturi.

Credem că ar fi cazul ca administraţiile locale să îşi reia în mod treptat sarcinele bugetare prevăzute în Legea sanitară şi de ocrotire din 1930, privitor la întreţinerea spitalelor ;

b) In sectorul preventiv propunem :

— Simplificarea şi comprimarea aparatului central al Ministerului Sănătăţii ;

— O descentralizare cât mai largă a administraţiei sanitare ;

— Organizarea serviciilor sanitare din mediul urban pe specialităţi, prin centrele de sănătate identice cu oficiile sanitare din Germania ;

— Introducerea în programul acţiunei sanitare şi îndeosebi de ocrotire, a problemelor de eugenie, şi introducerea măsurilor de promovare a căsătoriilor sănătoase ;

— Să se însărcineze Institutele de Igienă şi Sănătate Publică cu studiul acestor probleme, experienţa făcându-se în plăşile sanitare model.

— Infiinţarea de oficii de ocrotire în toate comunele şi grupuri de comune rurale, în colaborare cu Consiliul de patronaj.

Rolul personalului sanitar auxiliar în medicina preventivă

de

Dr. Ioan Cosma
Inspector General Sanitar

Situaţia şi organizarea corpului tehnic sanitar auxiliar şi de ocrotire încă nu este bine lămurită. In recrutarea acestui personal s'a ajuns la norme bine definite numai pentru sora de ocrotire şi asistentele sociale, celălalt personal — din spitale ori servicii sanitare se primeşte în serviciu şi este investit cu atribuţii, fără a se respecta totdeauna norme generale şi unitare. Moaşa comunală în multe comune face şi serviciul de verificatori de morţi ; moaşele empirice fără curs profesional şi adesea analfabete, sunt tolerate şi acceptate chiar şi de organele sanitare ; infirmierele de spital se recrutează foarte des dintre personalul de serviciu, fără pregătirea profesională legală ; agenţii sanitari chiar şi cei recent numiţi, nu au totdeauna şcoala de agenţi sanitari. Dar aceste lipsuri se agravează şi mai mult când examinăm activitatea ce se încredinţează acestui personal. Agenţii sanitari execută vaccinările şi în unele cazuri injecţiile antisifilitice, moaşa cercuală urmează fără rost pe medicul de circumscripţie în toate deplasările lui oficiale, sora de ocrotire adesea îşi limitează activitatea ei la asistarea medicului la tratamentnl bolnavilor dela dispensar şi la executarea lucrărilor de birou.

Aceste exemple caracterizează în mod evident nedumerirea în care se face apel la munca personalului nostru ajutător. E natural că lipsa stabilirei exacte a atribuţiunilor personalului de colaborare sau nerespectarea atribuţiunilor bine fixate, aduce un randament îngust şi poartă caracterul unei munci improvizate şi de ocazie.

Este adevărat că lipsa unui personal pregătit şi incomplet încadrat în atribuţii personale, este mai puţin alarmant pentru spital, decât pe teren la ţară. Perso-

nalul spitalicesc este tot timpul la îndemâna medicului, poate fi supravegheat de aproape în toată activitatea lui şi prin atribuţiile ce-i revin, rămâne un organ de execuţie, dar nu de iniţiativă. Mulţi infirmieri nepregătiţi au putut să devie elemente de mare folos, tocmai în urma acestui contact continuu cu medicul, având posibilitatea de a-şi completa lipsurile sub îndrumarea şi grija superiorului.

Personalul sanitar auxiliar dela serviciile sanitare se află în situaţii, care diferă în mod esenţial de cea a celor dela spital. Sfera lor de activitate este mai independentă, munca lor se desfăşoară din imbold propriu, care cere pregătire şi mai ales iniţiativă.

Este vorba de cei trei colaboratori ai medicului sanitar rural: sora de ocrotire, agentul sanitar şi moaşa.

Prin menirea şi câmpul de activitate al fiecăruia, aceste trei grupe se separă în mod hotărît una de alta, cu puncte de întâlnire, sau coliziune numai incidentale. Atât prin legi, cât şi regulamentele de organizare şi funcţionare, atribuţiile lor sunt oare-cum bine stabilite. Cele câteva încercări prin care s'a căutat a se apropia şi a se aduce aceste trei organe într'un câmp de activitate mai comun s'au dovedit nelogice, vătămătoare şi izvorîte din necunoaşterea exactă a pregătirei fiecăruia. O moaşe cu cursul primar şi şcoala de moaşe în nicio împrejurare nu poate avea amestec nici măcar temporar în agendele sorei de ocrotire; pregătirea teoretică a sorei de ocrotire în asistenţa naşterei s'a făcut pentru adâncirea cunoştinţelor ei profesionale şi nu pentru a-şi asuma rolul de moaşe, iar agentul sanitar nu are ce isprăvi nici din atribuţiile sorei, nici din cele ale moaşei.

Cu toate că aceste lucruri par de sine înţeles, totuşi numai în rare cazuri găsim pe sora de ocrotire, agent sanitar şi moaşa în executarea adevăratelor lor misiuni.

Insistăm în special în ceea ce priveşte rolul şi întrebuinţarea sorei de ocrotire, ca organ sanitar auxiliar cu pregătire superioară şi atribuţii speciale.

Sora de ocrotire a fost creiată pentru ca individul şi familia să aibă un sfătuitor bun şi competent în urmarea unei vieţi sănătoase. Ea este colaboratoarea familiei şi a omului care vrea să-şi îngrijască sănătatea. Ea nu este colaboratoarea medicului în sensul unui ajutor dat lui, pentru descongestionarea muncii sale multiple, ci în sensul ridicării şi emancipării terenului, unde el îşi desfăşoară activitatea medicală şi sanitară. Astfel aceasta colaborare merge ca timp şi mijloace aproape independent unul de altul şi îşi câştigă înţelesul prin scopul comun ce se vizează. Munca ei se bazează pe cunoaşterea exactă a medicului. Tocmai din motivul că ea încearcă să pătrundă în tainele adânci şi complicate ale unui mediu nepătruns de medic şi poate de nimeni altul, ea trebue să ia hotărâri şi să-şi organizeze munca cu multă iniţiativă. Orice altă îndeletnicire care o sustrage dela munca ei de adâncire a cunoaşterii individului şi familiei este dăunătoare menirei ei. Dispensarul cu consultaţiile de bolnavi cade în sfera ei de activitate ca o sarcină cu totul laterală şi nu e de importanţa exagerată cum în mod greşit este considerată. Omul bolnav şi sala de consultaţii este numai mediul şi mijlocul restrâns prin care ea îşi completează informaţiile asupra individului sau familiei în sânul căruia lucrează, în aceste informaţii numai într'un anumit procent au caracterul de a modifica sau iniţia noui hotărâri în munca de pe teren.

Rezultă deci că sora de ocrotire nu este organ de execuţie, ci de iniţiativă. Ea iniţiază intervenţii şi lucrări în toate domeniile care pot ajuta individul în cunoaşterea şi câştigarea mijloacelor, care îi asigură o vieaţă mai lungă. Acest scop îl ajunge prin mijlocul care este rezervat exclusiv ei: prin educaţie. Aceasta metodă de muncă nu poate fi atinsă şi cu atât mai puţin aplicată de agentul sanitar sau moaşe.

Rolul agentului sanitar e mai uşor de definit. Serviciul lui are un trecut mai lung şi prin tradiţie s'a ajuns la o stabilire mai exactă a cercului lui de activitate. In contrast cu sora de ocrotire, el e pus la dispoziţia medicului cu scopul executării unor lucrări de rutină. Să asiste pe medic la consultaţii, să execute măsurile impuse de medic în combaterea boalelor infecţioase, controlul industriilor, localurilor comerciale şi a mai primit şi rolul de organ de birou prin executarea anumitor lucrări de cancelarie.

La stabilirea sferei lui de activitate s'a avut în vedere nevoile arzătoare ale epocei şi timpului care i-a dat vieaţă. Pe acel timp rolul medicului s'a limitat exclusiv la asigurarea asistenţei medicale a omului bolnav şi în mod firesc nici ajutorul lui nu putea avea alte atribuţiuni, decât cele în strânsă legătură cu aceasta îndatorire a medicului.

El a fost şi a rămas un organ de execuţie, om de birou şi de control pe teren. Indatoririle lui de ordin preventiv sunt restrânse, fiindcă îi lipseşte contactul intim şi continuu cu individul şi mai ales în familie. Indatoririle lui pe teren sunt de ordin general şi se adresează colectivităţii prin impunerea respectării măsurilor de restricţie fixate în dispoziţiile oficiale. E de subliniat rolul important ce-l are în executarea măsurilor de combatere a boalelor infecţioase unde nu poate fi înlocuit prin alt personal şi în condiţiile actuale dela noi, în lupta contra tifosului exantematic rămâne ca un factor capabil, devotat şi indispensabil pentru stăvilirea acestor epidemii.

In serviciile sanitare ale Ţărilor Apusene şi Americane rolul lui nu este cunoscut din motive uşor de în-

ţeles. Acolo medicina curativă este concentrată în cabinetul medicului practician, liber profesionist, iar medicul sanitar, având atribuţii exclusiv preventive şi lucrând în mijlocul unei populaţii cu cunoştinţe igienice temeinice, nu are nevoie de organ de control şi cu atât mai puţin de un ajutor, care să facă pansamente sau injecţii.

Pentru momentul de faţă şi poate pentru mult timp agentul sanitar rămâne un element indispensabil în serviciul nostru sanitar rural. Va fi nevoe însă să fie complet eliberat de lucrările de birou şi să i se completeze pregătirea profesională cu cunoştinţe mai largi din domeniul geniului sanitar.

Despre rolul moaşei avem de amintit numai puţin. Indatoririle ei de azi sunt cele ce au fost şi în trecut. Cercul ei de activitate este bine fixat şi pentru viitorul apropiat nu se impune necesitatea lărgirei sau modificării programului ei de lucru. Ea rămâne elementul de ajutor al sorei de ocrotire în depistarea gravidelor şi asistă femeia la naştere. Rolul ei ca educatoare şi sfătuitoare a femeii gravide şi lăuze este restrâns şi se limitează la prepararea actului naşterei şi indicaţiile de îngrijirea copilului în primele zile. Indrumarea sistematică a gravidei şi lăuzei rămâne în competinţa sorei de ocrotire.

Tendinţa de a completa atribuţiile actuale ale moaşei în sensul atribuirei ei un rol mai larg de organ de îndrumare, in ocrotirea mamei şi a copilului, nu este corectă şi nici raţională. Moaşa comunală rurală cu o pregătire generală care numai excepţional se ridică peste cursul primar elementar, nu are nici competinţa nici autoritatea unui factor educativ îndrumător. Iar din momentul ce sora de ocrotire a fost pregătită în mod special pentru aceasta activitate educativă e superflu să se ceară ajutorul unui element nepregătit pentru aceasta muncă.

Respectând facultatea şi rolul fiecăreia dintre aceste trei elemente de colaborare, serviciul sanitar rural are la îndemână un personal ajutător specializat pentru problemele variate cu care este însărcinat. Intrebuinţând pe fiecare dintre ei în domeniul şi la problemele pentru care şi-a făcut pregătirea lui profesională, munca devine sistematică şi cu caracter de competinţă, iar dacă se strecoară în activitatea lor un amestec de atribuţii se pierde caracterul de competinţă şi se ajunge la măsuri de dibuială şi tatonări supărătoare.

Conferinţa trimestrială a medicilor primari de judeţe şi şefi de municipii din Inspectoratul Genaral Sanitar Sibiu

— Expunerea Domnului Secretar General Dr. I. Stoichiţia —

In ziu de 12 Mai 1941 a avut loc la Inspectoratul General Sanitar din Sibiu conferinţa trimestrială, la care au participat: medicii şefi de municipii Dr. Ulpiu Ştefan-Braşov, Dr. Ioan Sturza-Sibiu; medicii primari de judeţe: Dr. Miron Creţu-Braşov, Dr. Ioan Giurca-Făgăraş, Dr. Octavian Oprean-Sibiu, Dr. Ioan Prodan-Târnava-Mare, Dr. Ioan Sărăndan-Târnava-Mică. Au mai asistat din partea Inspectoratului General Sanitar D-l Subinspector Dr. Aurel Popu, D-ra Manta Maria, inspectoarea surorilor de ocrotire şi Dr. Comşa N., şef de serviciu. — Această şedinţă a mai fost onorată cu prezenţa de D-l Secretar General Dr. I. Stoichiţia.

Şedinţa este deschisă la ora 9 a. m. de *D-l Inspector General Dr. I. Cosma,* care arată că această conferinţă a fost convocată conform tradiţiei create în acest Inspectorat de D-l Secretar General Dr. I. Stoichiţia, de pe timpul când D-sa conducea acest serviciu, urmând ca în acelaşi spirit să se discute toate problemele sanitare care interesează în deosebi această regiune, găsind soluţii cât mai adecuate realităţilor noastre.

Se adresează apoi D-lui *Secretar General Dr. I. Stoichiţia,* mulţumindu-i pentru atenţia deosebită acordată, promiţându-i pe viitor acelaşi devotament şi încredere din partea foştilor D-sale colaboratori din acest Inspectorat, de care au dat dovadă şi până în prezent. Roagă de asemenea pe D-l Secretar General să binevoiască a prezida această şedinţă.

D-l Secretar General Dr. I. Stoichiţia mulţumeşte d-lor medici primari pentru încrederea manifestată, spunând că a primit cu mult drag invitaţia de a participa la această şedinţă, oferindu-i-se astfel posibilitatea de a respira atmosfera veche şi agreabilă, care odinioară i-a creat climatul prielnic ascensiunii în erarhia sanitară de azi.

D-sa anunţă că în viitor va participa la toate conferinţele trimestriale pe Inspectorate, urmărind prin aceasta menţinerea unui contact cât mai viu cu vieaţa sanitară dela exterior, pentru a se edifica asupra difi-

cultăţilor întâmpinate în aplicarea pe teren a dispoziţiunilor ministeriale, a primi sugestii şi a căuta împreună cu întreg corpul medical soluţii cât mai potrivite specificului nostru naţional şi cât mai adecuate fiecărei regiuni în parte.

Se trece apoi la ordinea de zi, susţinându-se de către medicii primari rapoartele de activitate pe trimestrul Ianuarie—Martie 1941.

Din redarea acestor rapoarte s'a constatat o activitate mulţumitoare prin rezultatele obţinute atât în domeniul medicinei preventive cât şi al celei curative, deşi vitregia timpurilor prin care trecem a avut serioase repercusiuni asupra eficienţii eforturilor corpului nostru sanitar.

In acest trimestru se constată o scădere apreciabilă a natalităţii, fără ca să fie compensată prin o reducere în acelaşi grad a mortalităţii generale şi infantile, astfel că excedentul natural s'a redus la un nivel îngrijorător. La această situaţie defavorabilă contribuie în deosebi populaţia de origină etnică românească, pe când cea minoritară conlocuitoare şi în deosebi cea germană prezintă un spor mai accentuat decât în anii precedenţi.

Cu ocazia discuţiei rapoartelor s'au mai făcut următoarele constatări şi propuneri :

Dr. Miron Creţu-Braşov remarcă lacunele multiple pe care le prezintă evidenţa bolilor medico-sociale la circumscripţii, medicii oficiali din mediul rural nu au ajuns încă a fi puşi în situaţia de a oglindi prin rapoarte realitatea în acest domeniu.

In judeţul Braşov morbiditatea tuberculozei fiind destul de urcată, roagă pe D-l Secretar General de a dispune ca să se ia măsurile necesare pentru înfiinţarea cât mai urgentă a unui sanator, căci în prezent acest judeţ nu dispune de nici un pat pentru izolarea acestei categorii de bolnavi.

In continuare, D-l Dr. Miron Creţu remarcă dificultăţile pe care le întâmpină în combaterea veneriilor şi în deosebi a sifilisului, din cauza lipsei unor măsuri coercitive, care să oblige pe bolnavii depistaţi de a urma tratamentul complet şi nu numai până la dispariţia erupţiilor manifeste aşa după cum se face astăzi.

D-l Ulpiu Ştefan, medic şef al Municipiului Braşov, semnalează urgenţa rezolvării problemei izolării tuberlozei în acest oraş, unde din cauza unei reclame nejustificate se observă în ultimul timp o afluenţă considerabilă a funcţionarilor bolnavi de ftizie pulmonară manifestă, deşi acest oraş, contrar aşteptărilor, nu oferă condiţii optime de igienă şi confort pentru această categorie de bolnavi. In acest scop D-sa propune fie crearea unei secţii de ftiziologie în actualul spital de contagioşi, fie achiziţionarea unei clădiri evreeşti expropriate care să fie destinată instalării unui sanator.

Expunerea D-lui Secretar General Dr. I. Stoichiţia

După încheierea discuţiilor privitoare la rapoartele de activitate, ia cuvântul *D-l Secretar General Dr. I. Stoichiţia* spunând că ţine să accentueze dorinţa vie pe care o are de a vedea şi în viitor că acest Inspectorat deţine primatul în domeniul realizărilor de ordin sanitar. In vederea acestui scop însă va trebui ca întreg personalul în subordine să caute ca prin muncă perseverentă să rezolve într'un mod cât mai competent toate problemele de ordin curativ preventiv şi de ocrotire.

In continuare D-sa insistă ca conferinţele trimestriale cu medicii de circumscripţie să se ţină cu regularitate, urmând a le da un caracter instructiv pentru medicii participanţi, prin discuţiile care au loc cu ocazia criticilor care se fac rapoartelor prezentate. Aceste conferinţe servesc deasemenea la ilustrarea concepţiei medicilor în rezolvarea pe teren a diverselor probleme de sănătate, urmând ca să fie revizuite metodele de lucru în lumina nouilor concepţii ale medicinei moderne. Pentru simplificarea actualelor tabele anexe ale raportului de activitate trimestrial, roagă pe D-nii medici primari ca să facă propuneri, urmând ca să fie redactate tabele noui, care să aibă imprimate pe verso fiecăreia instrucţiunile necesare în vederea unei cât mai corecte întocmiri a lor.

După aceste observaţii sumare privitoare la conferinţele trimestriale D-l Secretar General face un expozeu asupra problemelor mai importante abordate de actuala conducere a Ministerului Sănătăţii şi cărora urmează a li se găsi modalităţile practice de soluţionare cât mai urgentă, în interesul promovării sănătăţii publice.

1. In ce priveşte educaţia igenică a populaţiei, D-sa insistă, ca pe viitor să fie intensificate la maximum, cu personalul medical şi sanitar auxiliar pe care îl avem la dispoziţie, prin conferinţe, afişe, etc., sub controlul şi îndrumarea medicilor primari de judeţe, cunoscut fiind concursul important pe care ni-l oferă o populaţie a cărei opinie a fost câştigată definitiv pentru problemele de ordin sanitar.

2. Se va continua şi amplifica organizarea de şcoli ţărăneşti după modelul celor care au luat fiinţă până în prezent în raza Inspectoratului General Sanitar Sibiu. Acest fel de şcoală a mamei există şi în alte ţări şi cu deosebire şi-a găsit o formulă perfectă de organizare în Germania.

In acest scop se va continua şcoala de iniţiere dela Orlat cu surorile de ocrotire care n'au urmat încă aceste cursuri teoretice şi practice urmând ca în cel mai scurt timp să ia fiinţă cât mai multe „şcoli ale mamei" mai ales în mediul rural dar şi la oraşe cu deosebire în cartierele periferice.

Ministerul Sănătăţii se va îngriji ca să înzestreze aceste şcoli cu materialul de care au nevoie pentru a le pune în condiţii de funcţionare optimă. Vor mai fi prevăzute aceste şcoli cu trusele necesare, pentru ca în mod ambulant, să dăm posibilitatea surorilor de ocrotire de a organiza astfel de cursuri şi în comunele nereşedinţă, urmând ca să profite de această binefacere şi mamele din satele oropsite şi unde se simte şi mai mult necesitatea lor.

3. In vederea organizării şi intensificării acţiunei de combatere (prevenire şi tratament) a diverselor boli în mediul rural şi pentru a pune în situaţia de a profita de resursele terapeutice şi profilactice ale medicinei moderne şi populaţia din satele noastre şi care a fost privată de aceste beneficii până în prezent fiind lăsată pradă ignoraţiei şi practicilor medicale empirice, urmează ca să ia fiinţă dispensarele mobile.

Aceste dispensare vor fi de două feluri:

a) Unele mai simple dotate cu personalul existent al circumscripţiei şi înzestrate cu materialul necesar mai ales asistenţii medicale propriu zise, deservind cu deosebire comunele mai îndepărtate de reşedinţa medicului oficial;

b) Altele mai complexe care vor fi înzestrate cu materialul necesar pentru specialităţile: Radiologie, Stomatologie, Puericultură, Tuberculoză şi Venerii, urmând ca medicii specialişti să dea consultaţii şi să facă tratamentul adecuat, — pentru populaţia adunată din mai multe sate din jurul centrului unde îşi desfăşoară activitatea.

Pe lângă acţiunea lor terapeutică acest fel de dispensare vor mai avea un rol important în domeniul medicinei preventive şi cu deosebire în materie de propagandă sanitară în mediul rural.

4. S'a preconizat de asemenea crearea de centre de sănătate la oraşe, organizate pe specialităţi, iar până atunci vor fi utilizate actualele ambulatorii policlinice care vor trebui să-şi schimbe caracterul exclusiv curativ avut până în prezent, urmând ca principiile eugeniei şi a igienei rasei să constitue preocuparea esenţială a lor.

5. Pentru a remedia situaţia precară a circumscripţiilor sanitare îndepărtate de căi de comunicaţie şi sărace, în care stabilitatea şi continuitatea în acţiunea sanitară a medicilor oficiali este aproape inexistentă din cauza imigraţiunii continui a lor, s'au luat următoarele măsuri:

a) Statul le va ajuta cu precădere la construcţii de dispensare cu locuinţă, baie etc.

b) Medicii oficiali vor primi o primă de reşedinţă de 5000 lei luuar.

c) După 5 ani de activitate într'o astfel de circumscripţie li se vor da întâietatea la transferare în alte circ. sanitare rurale mai bune sau la oraşe.

6. Pentru a da o cât mai mare extensiune sistemului medicinei preventive realizat într'un mod atât de fericit în cadrul actualelor plăşi sanitare model, s'au luat măsuri pentru ca în cursul acestui an să mai ia fiinţă încă 10 plăşi sanitare, care vor fi organizate şi îşi vor desfăşura activitatea după normele fixate de actualele plăşi sanitare model.

7. Având în vedere că eficienţa maximă o pot da surorile de ocrotire în activitatea lor numai atunci când deservesc o regiune mai limitată şi neavând până în prezent un număr suficient de surori pentru întreagă ţara, urmează ca cele existente să fie concentrate pentru moment numai în 24 judeţe.

8. Pentru ameliorarea situaţiei medicilor igienişti privaţi de clientelă, urmează ca să li se facă o încadrare mai bună decât astăzi; iar pe viitor medicii primari de judeţe vor fi recrutaţi numai dintre medicii igienişti.

9. D-l Secretar General ţine ca să recomande medicilor primari de judeţe şi şefilor de municipii o atenţie deosebită în supravegherea şi îndrumarea medicilor de circumscripţie în domeniul consultaţiilor de puericultură, urmând ca această activitate a medicului sanitar să ia un caracter mai mult preventiv şi să nu se mai limiteze numai la îngrijirea copiilor bolnavi. Vor fi examinaţi periodic toţi copiii sugari, preşcolari etc., pentru a li se da îndrumările şi ajutoarele necesare creerii condiţiilor unei desvoltări fizice, psihice şi morale în sens ortogenetic optim, corespunzând astfel scopului urmărit prin crearea lor.

10. In vederea combaterei tuberculozei vor fi puse la dispoziţia Inspectoratelor aparate Roentgen şi laboratorii ambulante pentru a efectua o depistare cât mai ştiinţifică a tuturor cazurilor, care urmează a fi ţinute în evidenţă, întocmindu-li-se fişe individuale şi familiare. Pentru izolarea lor vor fi folosite deocamdată actualele sanatorii şi secţii de tuberculoză ale spitalelor. Numărul mare al bolnavilor pe care îi avem nu dispune însă de instituţii spitaliceşti suficiente de izolare, astfel că se impune necesitatea urgentă de a se înfiinţa noui sanatorii, medicii oficiali urmând a face propunnri concrete în acest sens.

11. In ce priveşte cancelaria medicului de circumscripţie, deşi a fost simplificată şi uniformizată, dându-se şi instrucţii precise şi clare de completare, totuşi continuă în multe părţi a fi lucrate în mod rudimentar şi lacunar. Din această cauză roagă pe medicii primari ca să controleze pe subalterni cu mai multă vigilenţă şi din punct de vedere al satisfacerii îndatoririlor de ordin administrativ pe care-l au.

Interpretarea datelor rezultate din corectarea şi din înregistrarea defectuoasă făcută de medicii oficiali, prea superficiali în această ramură a activităţii lor, va

face ca şi măsurile de redresare luate să fie iluzorii, nefiind dictate de cunoaşterea exactă a realităţii.

12. Pe viitor se va simplifica procedura de administrare a fondurilor sanitare locale, urmând a li se da serviciilor posibilitatea de a face formele pe loc, fără a mai cere în prealabil aprobarea Ministerului; iar cota de 30% cuvenită Ministerului Sănătăţii până în prezent s'a redus la 15%, şi şi aceasta va fi vărsată numai la sfârşitul anului bugetar şi numai în condiţii speciale.

13. Recomandă medicilor în subordine ca să reîntocmească fişa sanitară a fiecărei comune care, împreună cu harta sanitară a ei, vor fi păstrate la primărie, astfel încât să dea posibilitatea oricui se interesează de a se documenta asupra situaţiei demografice, a mişcării bolilor infecto-contagioase, epidemice şi sociale, a stării salubrităţii, a igienei şcolare, etc. a comunei respective atât în ce priveşte starea prezentă, cât şi cea din trecut.

De asemenea ar fi de dorit ca tot la primărie să fie afişate data inspecţiilor (itinerariul) pe întreg anul, precum şi îndatoririle medicului de circumscripţie, pentru ca atât populaţia, cât şi organele administrative, şcolare, ecleziastice, etc. să fie puse în cunoştinţă de obligaţiile medicului oficial, precum şi data când urmează ca să le îndeplinească în acea comună.

14. Cunoscută fiind proporţia redusă a medicilor în mediul rural, au mai fost prevăzute pentru anul bugetar 1941/1942 înfiinţarea a încă 50 circumscripţii sanitare rurale, urmând ca medicii primari să facă propuneri pentru regiunile unde se simte mai mult lipsa asistenţei medicale.

15. Privitor la băile populare, D-sa insistă ca să fie utilizate cu mai mare eficienţă decât până în prezent. In ce priveşte instalarea de noui băi, să se facă propuneri concrete pentru localităţile unde sunt absolut necesare şi unde au toată garanţia că vor putea fi utilizate raţional. Vor putea fi angajate din fondurile sanitare locale persoane de serviciu, care să aibă întreaga răspundere a menţinerii în bună stare a clădirii, a instalaţiei, îngrijindu-se în acelaşi timp de funcţionarea ei.

16. Insistă de asemenea ca în comunele unde nu se pot construi dispensarii, să caute ca să le plaseze în clădiri închiriate.

17. Se va începe o campanie de construcţii de fântâni igienice, astfel că medicii să fie avertizaţi ca să-şi dea întreg concursul pentru a le plasa în regiunile indicate şi a fi construite după toate normele igienice.

18. In ce priveşte opera de asistenţă a elevilor şcolari prin înfiinţarea şi întreţinerea de cantine, pe viitor va fi încredinţată consiliului de patronaj, urmând ca medicii să ofere întreg concursul lor binevoitor acestei acţiuni de binefacere cu repercusiuni atât de importante asupra sănătăţii psiho-fizice a populaţiei şcolare din regiunile mai oropsite.

19. Normele noui privitoare la descentralizarea administraţiei sanitare au fost tipărite într'o broşură care urmează să fie trimisă tuturor medicilor în subordine.

Ca principiu s'a urmărit o ridicare a nivelului autorităţii în materie de conducere a diverselor servicii sanitare în raport cu importanţa pe care o au în ordinea lor ierarhică.

Invită pe d-nii medici ca să uzeze de aceste drepturi, căci ele vor stimula iniţiativele locale, vor mări autoritatea cu reversuri, însă al responsabilităţii integrale. Celor care nu se vor folosi de aceste drepturi, li se vor lua, urmând a li se aplica măsuri disciplinare pentru incapacitatea de a-şi asuma răspunderea exercitării atribuţiilor acordate.

Acest spirit de iniţiativă să fie imprimat tuturor subalternilor, controlându-i şi urmărindu-i în activitatea lor de fiecare zi, cu severitate, dar înţelegere deplină, premergând întotdeauna cu exemplul bun pentru a-i readuce pe calea cea dreaptă.

Să căutăm ca să stimulăm toate forţele vii ale naţiunii; iar prima categorie să fie corpul medical care să dea semnalul pentru redresarea Statului şi punerea lui pe noui temelii, eşind din inerţia şi amorţeala care până în prezent a oprit în faşe orice acţiune salutară iniţiată.

Cuvântul de încheiere al D lui Inspector General Sanitar Dr. I. Cosma

Luând cuvântul de încheiere, *d-l Inspector General Sanitar Dr. I. Cosma* aduce la cunoştinţa medicilor primari o serie de dispoziţii, de care vor trebui să ţină seama în îndrumarea activităţii pe teren a întregului personal în subordine.

1. Observându-se în materie de combatere a bolilor infecto-contagioase o totală desconsiderare a utilizării laboratoarelor în vederea stabilirii diagnosticului, cât şi pentru fixarea duratei izolării bolnavilor, D-sa recomandă ca pe viitor cel puţin pentru febra tifoidă, tifus exantematic, difterie şi dizenterie să se apeleze întotdeauna la concursul laboratoarelor. Se vor recolta probe în toate aceste cazuri pentru: reacţii serologice (Widal, Weil-Felix), homocultură, examenul materiilor fecale, a secreţiilor nazo-faringiene, a falselor membrane, etc., nu numai dela bolnavi şi suspecţi, ci şi dela purtătorii de excretori de germeni; iar durata izolării să fie dependentă de negativarea examinărilor de laborator şi nu de sistarea fenomenelor clinice.

De asemenea laboratorul va fi mai des utilizat în sifilis şi tuberculoză.

Nu se va neglija pe viitor nici controlul alimentelor şi băuturilor, obligând pe medicii oficiali de a recolta cât mai des probe şi a le trimite pentru analiză laboratoarelor oficiale.

2. Fiecare serviciu sanitar în subordine va trebui ca pe viitor să se îngrijească de a menţine o evidenţă precisă a mişcării boalelor infecto-contagioase epidemice şi a celor medico-sociale, în care scop vor fi utilizate tabele, grafici şi cartograme uniforme pe Inspectorat, după modelul pus la dispoziţie de serviciul sanitar al judeţului Sibiu.

3. De asemenea vor ţine la curent evidenţa precisă a instituţiilor sanitare şi a mişcării personalului din raza lor de activitate, prin dosare-fişe, prin cartograme cu simbolurile tip uniform impuse de Ministerul Sănătăţii.

4. Procesele verbale de inspecţie să fie întocmite cu mai multă regularitate de către medicii primari.

5. Spitalele mixte să fie mai mult utilizate pentru combaterea de boli infecţioase, maternităţi sau izolarea tuberculoşilor.

6. Să se dea mai multă atenţie bunei şi regulatei funcţionări a băilor populare existente.

7. Să se întocmească fişele sanitare ale comunelor şi cazierele sanitare ale circumscripţiilor.

8. Luându-se în discuţie fixarea zonelor noilor plăşi sanitare care urmează a fi propuse Ministerului Sănătăţii s'a ajuns la următoarea concluzie:

a) Pentru judeţul Sibiu rămâne Plasa Model Sălişte;

b) Pentru judeţul Făgăraş, Plasa Arpaş;

c) Pentru judeţul Târnava Mare, Plasa Mediaş sau Şeica Mare;

d) Pentru judeţul Târnava Mică, Plasa Târnăveni;

e) Pentru judeţul Braşov, Plasa Bran sau Zărneşti.

9. Cererile moaşelor angajate şi plătite de către comune să nu mai fie trimise pentru numire la Inspectorat ci numai pentru ratificare.

10. D-l Inspector General Sanitar citeşte şi interpretează noile dispoziţii privitoare la descentralizarea administrativă sanitară, dând îndrumări de modalităţile practice de aplicare pe teren.

In încheiere D-sa roagă pe D-nii medici conducători de servicii ca pe viitor să fie mai energici, să nu dubiteze ca în cazurile unde nu pot reuşi prin bunăvoinţă şi înţelegere să aplice măsurile disciplinare pe care noile dispoziţii regulamentare li se pun la dispoziţie.

Şedinţa se ridică la orele 14 p. m.

Dr. N. Comşa

Anchete medicale la aşezămintele de ocrotire „Vatra Copiilor" Orlat şi „Turnu Roşu" Boiţa

Din iniţiativa actualului Secretar General Dr. I. Stoichiţia, de pe timpul când conducea Inspectoratul General Sanitar Sibiu, în colaborare cu Inspectorul General Sanitar Dr. I. Cosma, în calitatea avută de medic primar al judeţului, s'au organizat anchete medicale în comunele din judeţul Sibiu, executate de echipe de medici specialişti, care se deplasau săptămânal, examinând în masă populaţia, consemnând rezultatele în fişe familiare, prescriind tratamentul şi luând măsurile de profilaxie indicate.

Rezultatele încurajatoare care au fost obţinute, au constituit un îndemn pentru actualii conducători ai Inspectoratului General Sanitar şi ai Serviciului Sanitar Judeţean Sibiu, de a continua activitatea în acest domeniu, conducându-se în organizarea echipelor şi stabilirea programului de activitate pe teren după normele fixate de iniţiatori.

In acelaşi spirit au fost executate şi anchetele medicale la cele două aşezăminte de ocrotire din judeţul Sibiu.

La „Vatra Copiilor" Orlat în ziua de 30 Martie 1941 s'a deplasat următoarea echipă: Inspector General Sanitar Dr. I. Cosma, Dr. O. Oprean, medic primar de judeţ, Dr. Mitter, oculist, Dr. Ionaşiu L., neurolog, Dr. Cotul Gh, oto-rino-laringolog, Dr. Comşa N., dermato-venerolog, Dr. Sumea Maria (Coman) dentist, Dr. Stupariu Liviu, internist, Dr. Ilea Tr., igienist.

S'au examinat 162 copii.

La „Turnu Roşu" Boiţa în ziua de 4 Mai 1941 s'a deplasat următoarea echipă: Inspector General Sanitar Dr. I. Cosma, Dr. Oprean O., medic primar de judeţ, Dr. Mitter, oculist, Dr. Gavrilă, internist, Dr. Ionaşiu L., neurolog, Dr. Doctor Remus, oto-rino-laringolog, Dr. Anny Doctor, oto-rino-laringolog, Dr. Stupariu Liviu, internist, Dr. Comşa Nic., dermato-venerolog.

Au fost examinaţi 165 copii.

Rezultatul examinărilor a fost consemnat în fişe şi s'au prescris tratamentele adecuate.

Copiii care au fost aflaţi suferinzi de boli contagioase, ca: trachom şi trichofiţie au fost internaţi şi trataţi în secţiile de specialitate ale Spitalului public Sibiu.

In prealabil copiii au fost examinaţi radioscopic de către echipa radiologică a Inspectoratului, care dis-

pune de o auto-ambulanţă radiologică pusă la dispoziţie de Liga Naţională Contra Tuberculozei.

La aceste anchete a mai participat şi medicul circumscripţiei, în raza căruia se află populaţia anchetată, care a primit sfaturi dela medicii primari specialişti, privitoare la măsurile pe care urmează ca să le ia în raport cu felul bolilor constatate. Afecţiunile cari reclamă competinţa unui specialist, fie că erau tratate pe loc atunci când era posibil, fie că organele oficiale se îngrijeau ca bolnavii să fie internaţi în serviciul de specialitate al spitalului unde funcţionează medicul primar respectiv.

Remarcăm cu ocazia acestei acţiuni sanitare, spiritul de largă înţelegere şi devotament de care au dat dovadă d-nii medici primari din localitate, care nu au precupeţit nici timp, nici material, oferindu-şi serviciile în mod desinteresat în vederea unei cât mai bune reuşite a scopului urmărit.

Singurul inconveient prezentat de aceste anchete, constătător din faptul că, odată bolnavii depistaţi, nu sunt ţinuţi sub tratament continuu de acelaşi medic specialist, ci sunt încredinţaţi medicului de circumscripţie local, urmează ca să fie înlăturat prin crearea dispensarelor ambulante preconizate de actuala conducere a Ministerului Sănătăţii.

Dr. N. Comşa

O secţie turistică în cadrele „Societăţii Ştiinţelor Medicale"

de

Conf. **Dr. L. Daniello**

D-l Prof. Grigoriu, preşedintele „Societăţii Ştiinţelor Medicale" a avut fericita idee să creieze, în cadrele acesteia, o secţiune turistică şi mi-a făcut cinstea să-mi încredinţeze conducerea ei. Mă simt dator să-i aduc aci sincerele mele mulţumiri şi în acelaşi timp să adresez membrilor societăţii, dar mai ales studenţilor Facultăţii noastre, un călduros apel să mă sprijinească în activitatea pe care îmi propun s'o desfăşor.

Poate că mulţi se vor întreba nedumeriţi ce rost are o activitate turistică în sinul unei societăţi medicale, de aceea să-mi fie îngăduit să arăt pe scurt legăturile dintre medicină şi turism şi foloasele pe care medicul şi viitorul medic le pot avea de pe urma lui.

Inainte de toate doresc să precizez că mă refer aci numai la turismul de munte, făcut cu piciorul, nu şi la acela practicat cu automobilul, vagonul de dormit sau alte mijloace moderne de locomoţiunie.

Este deci vorba în primul rând de un exerciţiu fizic, dintre cele mai sănătoase, care are marele avantaj de a putea fi practicat de toată lumea, fiindcă nu necesită aptitudini speciale şi de a putea fi dozat după puterile fiecăruia.

Mersul pe jos, pe potecile dealurilor împădurite, sau pe plaiurile munţilor noştri este cel mai potrivit mijloc de a procura medicului, surmenat de istovitoarea sa activitate profesională, desfăşurată în atmosfera viciată a spitalelor sau laboratoarelor, recreaţia necesară trupului şi binefacerile unei destinderi sufleteşti.

O zi pe săptămână petrecută în aerul pur şi tonifiant al muntelui ne ajută să ne menţinem tinereţea şi vigoarea, să prevenim apariţia precoce a bolilor de uzură şi a celor împreunate cu o vieaţă sedentară şi să rezistăm mai bine infecţiunilor ce ne pândesc în fiecare moment.

Plimbările, cu pasul măsurat, prin liniştea codrilor sau pe malul apelor de munte sunt apoi un minunat prilej pentru medic de-a reflecta nestingherit asupra numeroaselor şi variatelor probleme ce i se pun zilnic şi pe care adeseori nu are timpul să le judece în linişte.

Excursiile la munte îi mai oferă medicului nenumărate ocazii să-şi exerciteze spiritul de observaţie şi să facă utile comparaţii între fenomenele din lumea plantelor şi animalelor şi cele pe care le întâlneşte şi studiază în vieaţa oamenilor.

Nu mai vorbesc de multiplele plăceri de ordin estetic pe care ni le procură trăirea în cadrul naturei dela munte. In această privinţă la Sibiu suntem într'o situaţie privilegiată, aflându-ne la poalele celui mai măreţ masiv muntos al ţării. In Munţii Făgăraşului şi cel mai pretenţios iubitor de farmec natural, de proporţii grandioase sau de orizonturi infinite îşi va găsi cu siguranţă satisfacţia.

Dacă pentru medicul matur turismul de munte prezintă avantajiile arătate, el poate aduce servicii mult mai mari medicului în devenire, studentului în medicină.

Pentru acesta ascensiunile la munte nu sunt numai un sănătos exerciţiu fizic, însoţit de anumite plăceri estetice, ci un admirabil mijloc educativ şi de formare a caracterului.

In ascensiunile mai serioase prin Carpaţii noştri el îşi măsoară forţele cu puterile naturii, întocmai după cum va trebui s'o facă toată vieaţa în cariera sa medicală. El învaţă astfel să-şi cunoască rezistenţa fizică şi nervoasă, să-şi antreneze muşchii şi voinţa, să-şi însuşiască prevederea şi precauţia, dar şi curajul, în faţa primejdiei, precum şi spiritul de răspundere faţă de vieaţa şi sănătatea deaproapelui. Trăirea aceloraşi emoţii în cursul ascensiunilor la munte desvoltă puternic sentimentul camaraderiei şi spiritul de echipă.

Toate aceste calităţi sunt de cel mai mare preţ în vieaţa medicului.

Dar noi medicii români mai avem un motiv puternic de-a ne reîntoarce mereu la natură şi mai ales la munte. Cercetătorii etnicului nostru au arătat că cea mai caracteristică notă a specificului românesc, este cosmicismul nostru, integrarea perfectă şi totală a omului în natură. El se poate pretutindeni constata la ţăranul român şi constitue însăşi temelia psichologică a naţiei noastre. Din acest puternic sentiment cosmic derivă admirabilul echilibru sufletesc al ţăranului, toată filosofia lui senină şi sănătoasă. Este oare posibil ca această notă dominantă a sufletului românesc, formată pe aceste plaiuri şi transmisă din generaţie în generaţie timp de două milenii, să dispară fără urme, de azi pe mâine, din moment ce ţăranul se transformă în cărturar? Acest lucru mi se pare cu neputinţă. Calităţile moştenite nu se pierd aşa uşor. Vieaţa dela oraşe cu influinţele ei străine şi adeseori dizolvante, diversele curente de idei pe care le întâlnim, întunecă şi distanţează de sigur, într'o anumită măsură, sentimentul armoniei cosmice înnăscut în sufletele noastre dar nu-l pot distruge. Pe fiecare dintre noi ne chiamă necontenit pământul, satul situat în spaţiul larg dela ţară, ce cuprinde dealuri, văi şi munte. Pentru noi reîntoarcerea în natură nu este o lozincă aruncată de un ideolog, o modă practicată din snobism, ci o necesitate vitală, a cărei neînţelegere ne duce la crize sufleteşti.

Privind lucrurile numai din punct de vedere medical, am convingerea că leacul specific pentru multe nostalgii neînţelese şi perturbaţii psichice, uşoare observate la orăşenii noştri, este restabilirea legăturilor cu mediul natural în care i-au trăit strămunii.

Iată deci că turismul nu este numai un mijloc de a ne fortifica fizicul ci şi de a ne reface echilibrul sufletesc, de a ne regăsi pe noi înşine, şi iată de ce creiarea secţiei turistice în cadrul „Soc. Şt. Med." mi-se pare binevenită.

Societăţi medicale

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE DIN CLUJ—SIBIU

Şedinţa din 28 Martie 1941.

Prezidează D-l Conf. Dr. I. GAVRILĂ.

1. *Dr. Duma Desideriu:* Cefalalgia.

Cefalalgia este un simptom comun al celor mai variate afecţiuni cari pot determina fie o iritaţie directă a meningelor sau o turburare în circulaţia meningo-cerebrală direct sau pe cale reflexă. Aceasta cefalee de cele mai multe ori este mascată de prezenţa altor semne mai grave cari domină în tabloul clinic.

Sunt însă o serie de afecţiuni în cari cefaleea cel puţin într'o periodă iniţială este singurul simptom care îl aduce pe bolnav în faţa medicului. Aceste cazuri trebuesc cercetate cu mare grije din punct de vedere al etiologiei, căci de o parte se pot descoperi boli serioase în faza lor iniţială, iar de altă parte numai o terapeutică care vizează etiologia poate fi eficace.

Amintim cele mai frecvente cauze de asemenea natură: hipertensiunea lichidului cefalo-rachidian din traumatismele craniene cu sau fără pierdere de substanţă osoasă, a tumorilor cerebrale, migrenă şi cefaleea post puncţională.

Congestia cerebrală a surmenaţilor, neurastenicilor, staza venoasă a cardiacilor (hiposistolie cerebrală), anemia cerebrală a aorticilor şi anemiile în general produc o cefalee Tot aşa sifilisul nervos din perioda secundară sau terţiară.

Otorinolaringologia furnizează în acest sens pe adenoidienii, pe cei cu coriză cronică, polipi nasali, hipertrofie de cornete, catar tubar, otite, sinusite etc.

Turburările de refracţie încă se însoţesc de cefalee, pe urmă multe afecţiuni abdominale gastrice, apendicita, colita, constipaţia, viermii intestinali etc.

Tot aşa hipertensiunea arterială, nefrita azotemică, diabetul, guta abarticulară cât şi intoxicaţiunile exogene în special saturnismul apoi cele medicamentoase fie prin supradozare, rinichi insuficient sau idiosincrazie.

Există şi o cefalee endocrină, aşa în boala lui Basedow, mixedem, insuficienţa ovariană, în perioda pre sau post menstruală, în menopauză, în insuficienţa suprarenală, în acromegalie şi în sfârşit în obezitatea pletorică.

In fiecare din aceste cazuri se impune o terapie etiologică, altfel afară de ameliorări trecătoare nu se obţin nimic cu analgezicele obişnuite.

2. *Dr. C. V. Antonescu:* **Introducerea iodului şi magneziului în tratamentul unui caz de epilepsie post-encefalitică.**

Autorul descrie tratamentul cu iod şi sulfat de magneziu a unui caz de epilepsie, care apare la 10 ani după o encefalită letargică.

In baza rezultatelor terapeutice obţinute, conclude următoarele: iodul este indicat în toate cazurile de epilepsie unde în antecedente există un fond infecţios, iar sulfatul de magneziu în toate formele de epilepsie convulsivantă indiferent de cauzele de origine.

Introducerea terpaiei iodice o bazează pe următoarele acţiuni farmacodinamice ale iodului: acţiunea antiseptică, care distruge cuiburile de infecţiuni cari ar putea întreţine impregna-

ţiunea toxică-infecţioasă cauză a iperexcitabilităţii scoarţei ; şi acţiunea vasodilatatoare generală şi ameliorăţiune a hematozei, care luptă contra vasoconstricţiei cerebrale, observată şi considerată drept cauza crizelor.

Introducerea magneziului sub forma sulfatului său, se bazează pe acţiunea farmacodinamică sedativă asupra centrilor nervoşi, de suprimare a conductibilităţii medulare şi curarizantă periferică, cari deprimă starea de iperexcitabilitate, suprimă calea de conducţiune a incitaţiunilor cerebrale şi transmiterea lor la nivelul joncţiunei neuro-musculare.

3. *Dr. Păunescu Maxim:* **Un caz de guşe ereditară.**

Cazurile de guşe observate la noii născuţi din părinţi guşaţi sunt destul de rare. Astfel în observaţiile făcute în ultimii trei ani, printre bolnavele care s'au prezentat la consultaţiile Institutului Obstetric, cazul ce am onoare al prezenta a fost singurul.

Este cazul bolnavei P. T. în vârsta de 40 ani, născută în comuna Poplaca, jud. Sibiu, comună care are printre locuitorii ei numeroşi guşaţi. Bolnava a avut 7 naşteri anterioare, dintre care una pelviană şi una transversă iar feţii au fost toţi născuţi vii la termen, şi fără guşe. Bolnava s'a prezentat în serviciul nostru la data de 21. III. 1940, la ora 10, având uşoare dureri de facere care au început înainte cu o zi.

In antecedentele personale şi heredo colaterare nimic deosebit. Bolnava prezintă însă la inspecţie în regiunea anterioară cervicală două tumori de mărimea aproximativ a unui cap de fat, care sunt unite între ele pe linia mediană, iar la palpare au consistenţă elastică pe alocurea şi puţin dură, fără ca să prezinte vreo sensibilitate, decât afirmativ bolnava spune că la orice efort de vreo doi ani, simte că respiră cu mult mai greu ca înainte. Nu poate preciza de cât timp au apărut aceste tumori, însă i-şi aminteşte că în copilărie pe când urma şcoala primară, părinţii ar fi arătat-o la un medic fără însă a recunoaşte că a urmat vreun tratament adequat. La inspecţia şi palparea regiunii abdominale se observă uterul gravid, mărit, ca pentru sarcină la termen, depăşind în înălţime şi circonferinţă, normalul. Astfel circonferinţa abdominală măsoară 110 cm. depăşind cu 10 cm. pe cea normală, iar înălţimea fundului uterului dela simfiză măsoară 37 cm. întrecând cu 5 cm lungimea normală. La palpare se găseşte fătul în prezentaţia transversă, în poziţia cefalo-iliacă stg. dorso anterioară, iar la ascultaţie bătăile cordului foetal se percep în mod regulat de latura stg. a uterului.

Examenul urinei pentru albumină, puroi, sânge, zahăr, este negativ.

Temperatura 36.9, pulsul 76 p. m.

Bazinul de conformaţie normală, având diamentrele normale, organele genitale externe normale, prezintă o uşoară tumefacţiune de culoare roşie violacee. Am pus bolnava sub observaţiune şi am constatat că durerile se accentuiază din ce în ce mai ales către orele 5 d. m. Am dus bolnava în sala de naştere, şi către orele 7 p. m. durerile au devenit foarte intense, contracţiunile uterine se repeta tot la 2—3 minute erau foarte intense şi cu o durată din ce în ce mai mare, fapt care m'a determinat să fac tuşeul vaginal, pregătindu-mă pentru intervenţie.

La examenul intern vaginal, am constatat: canalul cervical dilatat complet, membranele sunt intacte, iar prin palparea membranelor se simţea la palpare grilajul costal. Ascultând cordul foetal, am constatat că bate în mod regulat.

In faţa acestei situaţiunei, după desinfecţiunea riguroasă, a regiunei genitale şi perigenitale am procedat la ruperea membranelor, în mod artificial, când am observat, că se scurge o cantitate de lichid amniotic, aproximativ 3 ltr. Am procedat după aceia, imediat la efectuarea versiunei interne, care sa făcut relativ uşor, şi apoi la extracţia podalică, consecutivă, extrăgând fătul, în asfixie de gradul II-lea. Din cauză că bolnava continua a pierde sânge, am procedat imediat, la extracţia manuală de placentă, şi la efectuarea unui tamponament utero-vaginal consecutiv, iar bolnava după 10 zile a părăsit serviciul vindecată d. p. v. obstetrical.

Fătul extras, era de sex masculin, în lungime de 55 cm cu greutate de 3650 gr în asfixie de gr. II, având circonferinţa şi diamentrele capului în limite normale, fără să prezinte bose sero-sanguinolente, sau cefalo-hematom.

Placenta extrasă, cântărea 760 gr. şi nu a fost nici o circulară de cordon.

După ce am încercat toate mijloacele clasice, cunoscute, pentru aducerea fătului la vieaţă, care n'au reuşit, deşi s'au prelungit peste o oră (45 minute), am examinat fătul, şi am constatat că prezintă în regiunea cervicală anterioară şi inferioară, două tumorete rotunde ovalare, care se suprapune cu anatomo-topografic, glandei tiroide, dând regiunei cervicale o deformaţiune conică cu baza în jos.

Această deformaţiune, bilobată, se prelungea retro sternal. In faţa acestei situaţiuni am dedus, că moartea fătului, a survenit, prin compresiune asupra trahei şi laringelui făcută de hipertrofia glandei tiroide care a dat asfixia fătului din momentul ruperii membranelor, deoarece, în acest moment flexiunea capului, pe torace a fost mai exagerată şi compresiunea făcută de guşa foetală congenitală a fost mai mare. Traumatismul obstetrical survenit în urma manevrelor executate prin intervenţie a fost minimal şi explicaţia morţii subite a fătului n'a putut-o da decât compresiunea asupra traheii prin guşa ereditară.

La inspecţie regiunea cervicală a fătului, prezenta două tumori rotunde ovalare regulate, de mărimea unor mandarine, mobile şi la palpare având o consistenţă relativ dură, aşa cum se observă şi în fotografiile prezentate.

Am încercat să mă conving dacă nu ar fi vreo altă tumoră de natură benignă lipom, condrom, sau limfangiom, însă consistenţa dură şi mai apoi autopsia făcută a arătat că nu era cazul decât a hipertrofiei tiroidei, deci a unei guşi ereditare.

Guşa în regiunile noastre şi în special în cele de munte este destul de frecventă, mai ales în satele care sunt aşa numite de „margine", şi care se înşiruesc în regiunea noastră dealungul versantului Carpatic al Ardealului.

La noi în serviciu s'au prezentat numeroase gravide cu guşe şi la nici unul din feţii noii născuţi n'am observat transmisiunea guşei ereditare. De asemenea, în Franţa s'a putut face încă din 1908 de către Fabre şi Thevenot o statistică, găsindu-se peste 130 de observaţiuni. Comandeuri a observat că din 12 feţi noi născuţi care prezentau guşe, cinci erau în legătură cu guşa prezentă la mamă.

Din punct de vedere anatomo-patologic, Rhenter a constatat că gl. tiroidă prezintă leziuni în mare majoritate, în toată întinderea ei, fiind o înmulţire adenomatoasă a celulelor secretorii tiroidiene, şi că în puţine cazuri a observat leziuni limitate ale tiroidei, constând din chiste sau mase cornoase.

De obiceiu glanda tiroidă se ipertrofiază în guşile congenitale, în mod uniform, ajungând, după cazuri, să formeze tumori mai mari sau mai mici, uneori complicate şi cu ipertrofia timusului. Din punct de vedere isto-patologic, aceste guşi, ereditare, sunt fie guşi parenchimatoase difuze, fie guşi teleangectatice.

Asfixia nouilor născuţi este în marea majoritate o regulă atunci când guşa este mai mare, aşa cum e cazul nostru, şi unde de regulă moartea fătului este consecutivă compresiunii exercitată de glanda tiroidă hipertrofiată asupra traheii, dând la început o respiraţie dispneică, tiraj şi cornaj, iar moartea survine prin asfixie foarte curând. Plauchu a observat încă din 1908, cazuri unde moartea fătului a survenit în mod rapid după naştere, cu cât flexiunea capului foetal a fost mai exagerată în timpul naşterii, cum, de altfel, a fost şi cazul prezentat, unde flexiunea capului foetal

s'a exagerat, după cum am observat imediat ce am rupt artificial membranele.

In Germania, unii autori, între cari şi Baumann, au cercetat în toate cazurile de guşe congenitală iodul în sângele noului născut şi au observat o scădere apreciabilă, iar alţi autori, între cari Reitmann şi Abelin, au constatat că iodul lipseşte cu desăvârşire în sângele nouilor născuţi cu guşe congenitală.

Numeroşi autori au procedat după aceia să cerceteze dacă nu cumva guşa noului născut este în legătură cu guşa prezentă la ambii sau la unul din părinţi şi Reitner a făcut constatarea că hipertrofia glandei tiroide la fătul nou născut are rolul de a suplini lipsa iodului din sângele femeii gravide şi a emis regula care după aceea a fost admisă aproape în unanimitate, că: ori de câte ori sângele gravidelor conţine iod suficient, nu se produce guşe la nouii născuţi, iar în toate cazurile când iodul este scăzut la unul din părinţi, dar în deosebi la gravidă, atunci guşa la nouii născuţi este totdeauna prezentă.

Hart şi Schmit, iar după ei numeroşi autori francezi, au emis ideia, de a se face prevenirea guşei congenitale, prin administrarea de iod în timpul sarcinei la toate femeile cari prezintau guşe sau la cari s'a constatat o diminuare a iodului sanguin.

S'au făcut chiar hărţi unde se arătau regiunile guşogene şi tuturor femeilor, cari erau gravide, li se făcea un tratament preventiv. Rezultatele obţinute pe această cale au fost destul de bune.

In cazul nostru fătul nou născut, fapt curios este că a fost singurul din cele 7 naşteri anterioare unde nu s'a găsit nici un caz de guşe congenitală anterior celui prezentat, deşi în alte cazuri cunoscute nu numai unul din feţii nou născuţi a prezentat guşe, ci, dacă nu la toţi, cel puţin doi sau trei născuţi din aceeaşi mamă.

Labille a constatat la unele femei cu sarcini multiple şi cu guşe că aproape toţi feţii nou născuţi au prezentat guşe congenitală. In cazul nostru femeea afirmativ a spus că numai de vreo trei sau patru ani a observat că guşa ei a luat o desvoltare mult mai mare ca înainte, fapt care mă îndreptăţeşte să cred că prin accentuarea diminuării iodului din sânge, s'a produs la noul născut hipertrofia glandei tiroide, şi feţii nou născuţi anterior n'au prezentat guşe, aceasta fiind în legătură cu prezenţa iodului în cantitate suficientă în sângele mamei.

Billiet studiind transmisiunea guşei în mod ereditar, a afirmat că această transmisiune persistă chiar la a treia generaţie, iar Fabre susţine că guşa la nouii născuţi din părinţi guşaţi, şi în deosebi din mamă guşată, este un fapt obişnuit.

In cazul nostru, care concordă cu cele afirmate mai sus, am putut constata că în judeţele Braşov, Făgăraş, Sibiu, Hunedoara şi celelalte limitrofe cazurile de guşe sunt foarte frecvente, şi am putea spune că aceste regiuni au guşa endemică.

Dintr'o anchetă făcută de Ministerul Sănătăţii în anul 1938 asupra guşei, în mediul şcolar şi la care am luat parte, s'a putut constata că guşa în satele de munte şi în special din aşa numita margine a Jud. Sibiu, începând dela vârsta de 6—18 ani se prezintă într'un procent care în general de 5 %, iar în unele sate, unde guşa este o veritabilă endemie, ajunge şi chiar depăşeşte 10 %.

Am prezentat acest caz de guşe congenitală, pentru că este un caz din cele mai rare şi pentru că deşi jurul Sibiului prezintă regiuni unde guşa este endemică, transmisiunea acestei guşi dela mamă la făt nu s'a putut observa

Comandeur crede că nu toate mamele cari au dat naştere la feţi cu guşe congenitală trebue să prezinte şi ele guşe, deşi Fabre şi Bourrat susţin că guşa este transmisibilă în mod ereditar şi numai dacă mama are guşe.

Chestiunea însă nu este pusă la punct şi este interesant cazul prezentat pentru că prezintă o guşe congenitală destul de mare şi pentru că dintr'o familie în care mama a prezentat guşe încă din copilărie a fost singurul la care guşa s'a manifestat în mod ereditar şi nu în mod câştigat, aşa cum de altfel am constatat în mediul şcolar din ancheta făcută de Ministerul Sănătăţii asupra guşei, unde am observat că toate guşile descoperite atât la băieţi cât şi la fete în limitele de vârstă cuprinse între 6—18 ani, erau guşi de diferite mărimi şi erau câştigate la diferite vârste ale copilăriei a 2-a sau a 3-a.

4. *Prof. Dr. Gh. Popoviciu:* a) **Un caz de meningită meningococică.**

Un copil de 5 ani, suferind de meningită meningococică, este tratat, pe lângă seroterapie specifică şi insuflaţie de aer intrarachidiană, cu Dagenan — în total 46 gr — şi în 8 zile copilul părăseşte clinica vindecat.

b) **Septicemie streptococică la un nou născut.**

Autorul a tratat septicemia unui nou născut, complicată de osteomielită şi abcese multiple, cu Dagenan, începând cu 6 tablete zilnic, timp de 52 zile. Ameliorarea dura atât cât se administra medicamentul. Cazul se află încă în tratament.

c) **Un caz de bronchopneumonie la un copil.**

Sulfamidoterapia aci n'a fost urmată de vindecare din cauza instituirii tardive a tratamentului.

5. *Dr. P. Râmneanţu:* **Evoluţia neamurilor** (Conferinţă).

Conf. Dr. I. Gavrilă: **Un caz de meningită cerebro-spinală epidemică, tratat cu ser şi dagenan:**

Se relatează observaţia unui bolnav adult, de 26 ani, care a fost internat în Spitalul Epidemic din Cluj, unde s'a stabilit diagnosticul de meningită cerebro-spinală epidemică. Se aplică imediat un tratament asociat cu ser antimeningocic polivalent şi sulfamidă albă, dagenan. Primeşte în primele 2 zile, zilnic câte 100 cc ser şi concomitent 3 ori 2 tablete de dagenan pe cale bucală. Mai departe primeşte numai dagenan, încă 3 zile, 3 ori 2 tablete pe zi, apoi 4 zile 2 ori 2 tablete pe zi. Cu acest tratament bolnavul se vindecă foarte rapid. A primit în total 200 cc ser şi 23 gr dagenan.

(Comunicare făcută în şedinţa din 20 Aprilie 1940, la Cluj).

Şedinţa din 4 Aprilie 1941.

Prezidează: D-l Prof. Dr. C. TĂTARU.

1. *Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. L. Modran:* **Limfangioame (varice limfatice) consecutive unei adenopatii inghinale cu etiologie probabil bacilară.**

Cazul prezentat e un bărbat în vârstă de 23 ani, necăsătorit, de profesiune miner, din comuna Docnecea, jud. Caraş. In afară de un lupus eritomatos formă fixă, la nivelul feţei şi cicatrici scrofulodermice în regiunea submaxilară, bolnavul prezintă numeroase limfagiome — sau mai bine zis varice limfatice, sau limfangiectazii — la nivelul organelor genitale externe (penis şi scrot) consecutive unei staze a limfei, din cauza adenitei inghinocrurale bilaterale.

Referitor la natura acestei adenite putem presupune, având în vedere coexistenţa leziunilor de lupus eritematos şi a cicatricilor scrofulodermice, că ea este de natură tuberculoasă, deşi aspectul morfologic actual nu cadrează cu tabloul obişnuit al adenitelor bacilare.

2. *Dr. P. Ţârlea:* **Foliculite agminate Leloir.**

Se prezintă cazul muncitorului S. T., de 34 ani, internat în Spitalul Public, care de 3 săptămâni prezintă erupţiuni pustulo-infiltrative foliculare pe obrazul stâng, dosul mânei stângi şi în treimea mijlocie a antrebraţului drept, de tipul trichofiţiei profunde a barbei şi de tipul foliculitelor agminate Leloir, o formă rară a localizării trichofitonului ektotrix pe pielea nepăroasă

Această varietate a trichofitonului fiind de proveniență animală, sursa de infecție în cazul nostru este un viței din gospodăria sa.

3. *Dr. P. Țârlea:* **Un caz de distrofie adipozo-genitală cu diabet insipid.**

Este vorba de copilul P. I. de 15 ani, internat în Spitalul Public cu favus, care dela vârsta de 3 ani se îngrașe în mod anormal, are senzația permanentă de o sete imperioasă, care îl determină să bea apă în cantități enorme ziua-noaptea urinând aceeaș cantitate La examenul somatic, pe lângă un favus scutular și alopetic al pielei păroase a capului, bolnavul prezintă o constituție feminină, cu tegumente palide, uscate, depozite grăsoase pe mamele, abdomen, regiunea pubiană, șolduri; coapsele, gambele și degetele mâinilor fiind de tip feminin. Perii din regiunile fiziologice lipsesc. Organele genitale foarte rudimentare, cu criptorchidie bilaterală. Ingerează 9 kg apă și urinează 8,5 kg în 24 ore. Cantitatea de săruri eliminate în 24 ore în limite normale, concentrația fiind foarte diluată. Densitatea urinei 1002, zahăr negativ. Glicemia 0,65% ; metabolismul bazal 20% Tensiunea arterială 8,5—6 V.L. RW. neg. Radiografia craniană arată o mărire a șelei turcești, toate diametrele fiind de două ori mai mari decât normal (13 vertical — 26 longitudinal). Proba cu extract ipofizar reduce polidipsia și poliuria la o treime. Este vorba deci de sindromul distrofiei adipozo-genitale, asociat cu diabet insibid, ambele produse de aceeași cauză ipofizară, probabil de un adenom la acest nivel.

4. *Dr. P. Țârlea și Dr. N. Păcescu:* **Un caz de sifilis pustulos.**

Se prezintă cazul bolnavului V. P. de 35 ani, căsătorit, internat în Spitalul Public, cu o infecție sifilitică din perioada secundară, având pe lângă .3 sifiloame genitale — dintre care unul gigantic, un exantem polimorf papulos și papulo-pustulos, acneiform, care predomină tabloul clinic. Aceste erupțiuni pustuloase perifoliculare, rare, ar avea explicația prin cauze locale (keratoză foliculară, seboree) ori generale (anemie, limfatism), mai cu seamă tuberculoza ganglio-pulmonară fiind factorul determinant cel mai frecvent. La bolnavul prezentat, pe lângă un teren seboreic la radioscopia pulmonară se evidențiază și o scleroză perihilară, ceeace ar consitui un argument în favoarea asociației acestei verietăți de sifilide, cu o infecție bacilară.

5. *Prof. Dr. C. Tătaru, D-ra D. Mihalescu:* **Un caz de boala lui Paget.**

O femeie bătrână, se prezintă în serviciul Spitalului Public din Sibiu, pentru o dermatoză a mamelei stângi, care prin biopsie s'a dovedit a fi boala lui Paget, adică un cancer secundar, plecat dela canalele glandei mamare.

6. *Conf. Dr. I. Gavrilă:* **Recidivele în febra tifoidă.**

Se fac câteva considerațiuni asupra recidivelor în febra tifoidă în legătură cu o statistică de 703 bolnavi de febră tifoidă, observați și tratați în Spitalul Epidemic din Cluj, în ani 1935-1940 Din aceste 703 cazuri 74 au făcut recidive, deci 10,5% Recidivele survin aproximativ în acelaș procent în toate cazurile de febră tifoidă, fie că sunt cazuri ușoare sau grave de boală. In general recidivele evoluiază cu un tablou clinic mai ușor, decât primul puseu de boală, totuși există cazuri mai rar, unde recidiva evoluiază grav, deși primul puseu de boală a fost ușor sau mijlociu. S'a înregistrat și un caz mortal în recidivă. Complicațiile sunt mai rari în cursul recidivelor. Numărul recidivelor în general a fost de unul, în 5 cazuri recidiva a fost dublă, în 1 caz triplă. Recidivele survin mai des până la 10 zile de afebrilitate, însă nu sunt rari nici între 10—20 zile de afebrilitate, 21—30 zile, s'a notat un caz chiar după 31 de zile afebrile.

Ședința din 2 Mai 1941.

Prezidează: D-l Prof. Dr GH. BUZOIANU.

1. *Dr. A. Moga, Farm Cpt. Lefter:* **Un caz de chilurie neparazitară.**

O femeie din jud. Sibiu se prezintă la consultații pentru fenomene gripale și turburări cardiace. La examinarea urinei se constată că micțiunile sunt dureroase și dificile, iar aspectul urinei e lăptos. Lăsată în vas deschis se coagulează. In antecedente bolnava recunoaște asemenea urini, cari însă reveneau la aspectul normal după câteva zile. După gripa din urmă urina a devenit permanent lăptoasă.

Laboratorul a constatat albumină 4‰, numeroase globule de grăsimi, hematii, leucocite, fibrinogen. Diagnosticul este de chilurie. Dar pe câtă vreme în chiluria parazitară (filarioza) explicația stă în turburarea mecanică din circulația limfatică, etiopatogenia acestei afecțiuni rămâne încă obscură. Se acuză procese inflamatorii la nivelul organelor urinare. Cazul descris contribuie la etilogia inflamatorie, prin gripa ce a prezentat-o la intrarea în serviciul clinicei.

2 *Conf. Dr. L. Daniello, Dr. N. Bumbăcescu :* **Tratamentul cavernelor tuberculoase prin drenajul aspirator transparietal al lui Monaldi.**

Școala medicală italiană, care a dăruit ftiziologiei, prin Forlanini, cea mai eficace metodă de tratament a tuberculozei pulmonare cavitare, cunoscută până în prezent — pneumotoracele terapeutic —, a preconizat de curând un nou procedeu pentru tratamentul cavernelor, în care pneumotoracele nu se poate aplica, din cauza unei simfize pleurale.

Acest procedeu, cunoscut sub numirea de *drenaj aspirator transparietal*, se datorește profesorului Vicenzo Monaldi, dela Institutul Forlanini din Roma, care l-a aplicat pentru prima oară în 24 Iulie 1938.

Prin originalitatea sa, el a stârnit cel mai mare interes în toate cercurile medicale, și este actualmente încercat în toate serviciile de specialitate

Metoda nu poate fi pusă alături de celelalte mijloace de colapsoterapie, deoarece ea nu urmărește închiderea cavernelor printr'o relaxare a țesutului pulmonar în urma diminuării de volum a plămânului, obținută prin insuflații de aer în pleură sau pe cale operativă. Ea nu produce nici imobilizare și punerea în stare de repaus funcțional al plămânului bolnav.

In baza cercetărilor făcute asupra mecanicei pulmonare, Monaldi crede că vindecarea cavernelor tuberculoase este de cele mai multe ori impiedecată de anumiți factori defavorabili de ordin mecanic. Printre acești factori, în primul rând trebue să ținem seama de suprapresiunea gazoasă ce se produce în interiorul cavernelor in timpul respirației, dar mai ales în cursul tusei. Dacă bronșia de drenaj este parțial sau total obstruată, prin procese proliferative, se realizează un fel de mecanism de supapă, care permite intrarea aerului în cavernă în cursul inspirației sau al țusei, dar nu și eșirea lui în expirație. Din această cauză se produce în interiorul cavernei o veritabilă suprapresiune gazoasă cu destinderea cavernei, consecutiv atelectazia țesutului pulmonar pericavitar.

Un alt factor, de ordin mecanic, care se opune vindecării cavernelor, este și tracțiunea elastică centrifugă a țesutului pulmonar pericavitar.

Pentru a suprima ipertensiunea endocavitară și a favoriza reexpansiunea parenchimului atelectazic pericavitar, care trebuie să ocupe locul cavernei, precum și alte forțe potrivnice vindecării, Monaldi a propus introducerea în cavernă a unui tub de cauciuc (sondă Nelaton), care pus în legătură cu un sistem de aspirat, realizează o ipotensiune intracavitară permanentă Asupra deta-

liilor technice cu privire la introducerea sondei în cavitate, sistemului de aspirat, a condiţiunilor cum trebuie să fie făcută aspiraţia, precum şi a modalităţilor de întrerupere a tratamentului, nu insistăm aci, ele putând fi găsite în articolul nostru din „România Medicală" dela 1 Februarie 1941, sau în „Analele Institutului Carlo Forlanini" din Roma, care a închinat un număr special din 1941 asupra acestei probleme, precum şi în numeroase alte publicaţiuni apărute în revistele de specialitate din toate ţările.

In afară de îndepărtarea condiţiunilor mecanice defavorabile procesului de vindecare, aspiraţia pare să aibe şi un efect biologic asupra ţesuturilor din pereţii cavernei. Drenarea permanentă a conţinutului cavitar produce o curăţire a interiorului cavernei, cu îndepărtarea substanţelor toxice provenite din necroza parenchimului şi eliminarea depozitelor cazeoase, care deasemenea favorizează vindecarea. Prin drenaj se diminuă în acelaş timp şi riscurile infecţiunii tuberculoase în plămânul sănătos, evacuarea conţinutului cavitar făcându-se prin sondă şi nu prin bronşia de drenaj.

In ce priveşte indicaţiile metodei, ea poate fi încercată în toate cavernele tuberculoase, nu prea mici de volum, cu pereţi elastici, localizate în aşa fel ca să fie uşor abordabile cu sonda şi la nivelul cărora există o simfiză pleurală, fără de care riscăm să producem bolnavului un empiem septic Dacă nu avem simfiză pleurală la nivelul cavernei şi trebuie să facem un drenaj, suntem obligaţi a creia înainte o simfizare artificială a pleurei.

Pentru localizarea cavernelor, fixarea adâncimii la care se găsesc, precum şi urmărirea rezultatelor ce se obţin prin aspiraţie, examenul radiografic pe secţiuni (tomografii) dă cele mai bune indicaţiuni.

Procedeul drenajului cavitar este de dorit ca să fie cunoscut atât de ftiziologi, cât şi de medicii practicieni, fiindcă el constituie, după cum se poate vedea din cazurile noastre şi a altor autori, tratate până în prezent, o resursă terapeutică eficace în multe cazuri tuberculoase ce nu pot fi tratate prin colapsoterapie şi care până în prezent erau considerate incurabile. In rândurile de mai jos dorim să prezentăm sumar rezultatele noastre, obţinute până în prezent cu operaţia lui Monaldi pe care o aplicăm din Februarie 1940.

Numărul cazurilor tratate este de 16.

Rezultatele obţinute în aceste cazuri pot fi rezumate în felul următor.

Un rezultat bun, cu dispariţia tuturor semnelor de activitate bacilară, absenţa imaginii cavitare la controlul tomografic, precum şi a bacililor din spută la numeroase analize.

Cinci cazuri cu rezultat favorabil, imagina cavitară dispărută la examenul pe secţiuni, diminuarea până la absenţă a semnelor de activitate clinică, fără ca în toate aceste cazuri să fi obţinut o sterilitate a sputei. Rezultat insuficient în trei cazuri, unde deşi imaginea cavitară este net influenţată, ea nu este dispărută la examenul tomografic. La toţi aceşti bolnavi tratamentul fiind în curs şi rezultatul ce se va obţine va suferi modificări în timp.

Trei cazuri fiind foarte recente nu le putem lua în considerare.

In două cazuri traiectul sondei lărgindu-se foarte mult, am fost nevoiţi să sistăm tratamentul, lăsând ca el să se închidă, metoda dovedindu-se a fi insuficientă.

Două din cazurile la care s'a aplicat metoda au sucombat. Unul din bolnavi, face parte din categoria precedentă, şi el a sucombat la aproximativ trei luni după scoaterea sondei, prin extensiunea procesului pulmonar. Al doilea a sucombat în urma unui pneumotorace spontan, controlateral leziunii cavitare pentru care i s'a încercat aspiraţia.

Dat fiind numărul mic al cazurilor, timpul scurt de observaţie clinică, cât şi controlul îndepărtat, rezultatele de mai sus le considerăm numai provizorii.

Având în vedere riscurile minimale la care expune intervenţia, cât şi posibilitatea de a trata o serie de cazuri cari până în prezent erau considerate ca incurabile, suntem îndreptăţiţi a recomanda procedeul la acei bolnavi unde un pneumotorace artificial nu poate fi instituit din cauza procesului de simfiză pleurală, lăsând viitorului să spună, dacă această nouă metodă a drenajului cavitar, poate să rămână sau nu în arsenalul terapeutic al tratamentului cavernelor tuberculoase.

3. *Prof. Dr. Gh Buzoianu, Dr. G. Popoviciu, Dr. M. Iubu:* **Paralizie unilaterală a nervilor cranieni V—XII consecutivă unui cancer al bazei craniului.**

Observaţie clinică. Este vorba de un bolnav *A. D.* în vârstă de 45 ani, care prezintă un sindrom paralitic al nervilor cranieni lateralizat la partea stângă. El vine să ne consulte pentru devierea paralitică a trăsăturilor feţii şi pentru dificultate la deglutiţie. Dacă examinăm acest bolnav din punctul de vedere al funcţiunei nervilor c anieni, constatăm că toţi nervii cranieni stângi, începând cu perechea V-a până la perechea XII-a, sunt paralizaţi, inclusiv simpaticul cervical stâng. Să redăm în scurt rezumat istoricul boalei sale, care este foarte interesant.

Istoric. Boala datează din vara anului 1940, când a fost îngrijit de doi medici în Cluj pentru turburări de hipoacuzie la urechea stângă. Primul medic a crezut necesar să execute o intervenţie operatorie în fosa nasală stângă pentru a ameliora astfel starea funcţională a urechei respective. Fără o ameliorare evidentă a intrat într'un sanatoriu particular la Cluj, în tratamentul celui de al doilea medic. Acest al doilea tratament a fost pur medicamentos, fără ca bolnavul să-l poată preciza. Nu numai că nu s'a ameliorat starea bolnavului, ci în acest timp au apărut dureri faciale stângi. Cu indicaţia şi recomandaţia acestui al doilea medic a plecat la Budapesta. Aici toate examinările făcute au rămas negative (sânge, urină, lichid cefalo-rachidian, radiografie, explorare oto-rino-laringologică). I s'a făcut în plus şi ventriculografie prin trepanare bilaterală occipito-parietală. De asemeni acest rezultat a fost negativ. In această situaţie i s'a recomandat un voiaj la Stockholm, pentru a intra acolo în clinica de neurochirurgie condusă de Olivier Crona. Cum autorităţile germane nu au permis tranzitul, bolnavul s'a înapoiat acasă în Aiud.

In luna Noemvrie a apărut paralizia facială stângă, iar la sfârşitul lui Ianuarie 1941 paralizia oculo-motorului extern stâng. Fenomenel nevralgice faciale accentuându-se la sfârşitul lunei Februarie a. c., se hotăreşte să ne consulte.

Examinarea noastră. Explorările noastre ajung la următoarele constatări : nervi cranieni stângi, începând cu perechea V-a, sunt paralizaţi, până la perechea XII-a, inclusiv simpaticul cervical stâng. Astfel :

pentru nervul V trigemen se constată fenomene de nevralgie trifacială stângă (ramura maxilarului inferior, maxilarului superior şi oftalmic, jena în contracţia masticatorilor stângi) ;

pentru nervul VI, oculo-motorul stâng, se constată un strabism intern foarte accentuat la ochiul stâng ;

pentru nervul VII, facialul, se observă o paralizie facială periferică stângă cu lagoftalmie evidentă, însă moderată ;

pentru nervul VIII, auditivul, se pune în evidenţă o surditate mixtă cocleară şi timpanică care vizează ramura anterioară cocleară a acestui nerv ; pentru ramura posterioară vestibulară se constată un sindrom vestibular, armonios, spontan, din cele mai clare (mistagm ritmic puternic în dreapta, deviaţie segmentară simetrică a indexelor spre stânga, Romberg labirintic la stânga) ;

pentru nervul IX, gloso-faringianul, bolnavul prezintă paralizia unilaterală a faringelui (mişcarea de perdea a peretului faringian posterior), turburări de deglutiţie (nu poate înghiţi decât alimente lichide, cele solide nu pot fi ingerate decât cu puţină apă care ajută pătrunderea lor în esofag) ;

pentru nervul X, pneumo-spinal bolnavul prezintă o hemiplegie velo-palato-laringiană din cele mai nete (paralizie unilaterală stângă a vălului şi paralizia de tip recurenţial a corzii vocale stângi);

pentru nervul XI, spinalul extern se observă la bolnav atrofia muşchiului sterno-cleido-mastoidian stâng, dificultăţi în rotaţia capului spre dreapta; ridică însă umărul stâng, ceeace denotă că ramura externă a trapezului încă funcţionează;

pentru nervul XII, hipoglosul, se constată la bolnav o hemiplegie lingual stângă;

pentru nervul simpatic cervical, miozis stâng accentuat şi o oarecare neutralizare a lagoftamiei faciale prin enoftalmia simpatică consecutivă.

Celelalte explorări dau următoarele rezultate: otita medie supurată cronică stângă din luna Noembrie 1940, lichidul cefalo-rachidian normal, radiografia sinusurilor feţii normală, radiografia bazei craniului (pe clişeu executat pentru sinusuri de faţă şi din profil), o asimetrie între partea dreaptă şi partea stângă a bazei craniene şi un flov anormal sub şeaua turcească spre sinusurile sfenoidale cari aproape sunt şterse complet. Explorarea rino-faringelui arată o infiltraţie a peretelui lateral stâng, a rino-faringelui. O biopsie executată pe cale rinoscopică anterioară din această regiune, arată prezenţa unui carcinom bazo-celular (Institutul de Anatomie Patologică a Universităţii clujene).

*

Este vorba deci, de un neoplasm al rino-faringelui, evoluat spre baza craniului şi determinând *paralizia unilaterală stângă a nervilor cranieni, începând cu perechea V-a până la perechea XII-a, inclusiv simpaticul cervical stâng.*

Cu progresarea neîncetată a tumorii, sindromul acesta paralitic va cuprinde şi celelalte perechi craniene anterioare, determinând cu timpul un sindrom unilateral paralitic, total, al nervilor cranieni sau un sindrom tip Garcin.

Deocamdată acest sindrom paralitic al nervilor cranieni nu cuprinde decât perechile craniene V—XII plus simpaticul cervical şi recunoaşte prin fenomenele armonioase ale sindromului său vestibular şi prin lagoftalmia paralizei faciale, pe care o prezintă, o origine periferică exocraniană. El este departe de a fi totuşi un sindrom. Garcin, deoarece lipsesc fenomenele nervoase, datorite prinderei nervilor cranieni I. II. III şi IV.

Paralizia acestor nervi este sistematizată, continuă, fără hiatusuri intermediare între nervii paralizaţi. Extensia tumorii este mai accentuată în etajul posterior, unde toţi nervii sunt prinşi în masa neoplazică, decât în etajul anterior unde o parte din nervii acestui etaj vor fi prinşi ulterior.

Absenţa modificărilor lichidului cefalo-rachidian, prezenţa sindromului vestibular armonios de tip periferic, absenţa fenomenelor centrale piramidale ori cerebeloase, absenţa stazei papilare oculare, arătau în mod clinic la acest bolnav că fenomenele de compresiune exercitate pe nervii cranieni amintiţi, sunt de origine exocraniană şi nu endocraniană. Bolnavul nu a prezentat niciodată simptome intracraniene asociate paraliziei nervilor săi cranieni. El n'a avut nici manifestări vestibulare centrale (dizarmonie vestibulară), nici semne cerebeloase, nici piramidale, nici stază papilară, nici modificări ale lichidului cefalo-rachidian, nici absenţa logoftalmiei pentru paralizia facială care caracterizează atunci când este absentă origina sa centrală.

Toate eforturile de diagnostic trebuiau deci îndreptate spre o explorare cât mai bună a rino-faringelui şi a sinusurilor feţii cari vin în contact cu baza craniului. Odată diagnosticul real precizat şi confirmat prin laborator, s'a indicat acestui bolnav un tratament radioterapic paliativ, deoarece evoluţia boalei sale este oricum fatală.

4. *Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. G. Popoviciu, Dr. M. Iubu:* **Inciziunile tegumentare în hemilaringectomii.**

In cursul lunei Decemvrie 1940 am avut de îngrijit şi de operat un bolnav, care prezenta o tumoră malignă laringiană. Stricta localizare a neoplasmului pe o jumătate din laringe, cu respectarea celor două comisuri, anterioară şi posterioară şi cu integritatea mobilităţii hemilaringelui afectat, ne-a impus practicarea unei hemilaringectomii. Hemilaringectomia practicată a fost executată sub anestezia regională latero-cervicală cu novocaina şi cu traheotomie prealabilă. Inciziunea tegumentară a consistat în două secţiuni perpendiculare una pe alta. O inciziune orizontală în regiunea cervicală superioară şi o inciziune verticală mediosagitală pornită din mijlocul primei linii de incizii. Aceasta este inciziunea pe care o considerăm cea mai aptă în a da o lumină suficientă câmpului operator pentru a practica în bune condiţii o hemilaringectomie. De aceea, în nici un caz anterior, operat de noi, n'am utilizat simpla inciziune verticală, unică, ea nefiind capabilă să dea o vizibilitate perfectă în profunzime, în plagă. Cu toată această conduită care ne este impusă prin experienţa unor operaţiuni similare anterioare, cazul operator dela care pornesc consideraţiile noastre actuale, nu s'a pretat la o ablaţie elegantă şi fără dificultăţi a hemilaringelui afectat. Cauza s'a datorat unei defectuozităţi în plasarea inciziilor tegumentare şi deci unei dificultăţi de lumină operatorie. Incizia orizontală tegumentară fusese iniţial executată imediat sub nivelul marginei superioare a cartilajului tiroid. Această plasare defectuoasă a acestei inciziuni observată chiar imediat după executarea ei, ne-a dat impresia că nu va creia perturbări în evoluţia timpilor operatorii. Cu toate acestea din această cauză trebue să notăm că întreaga operaţiune a avut de suferit Spaţiul plăgii nu oferea dimensiunile largi necesare unei degajări simplificate a porţiunilor laringeene cari se impuneau a fi extrase. De aceea intervenţia a necesitat un timp mai prelungit pentru a fi executată, iar hemostaza, în timpul operaţiunei, s'a executat cu dificultăţi neaşteptate.

Experienţa acestui caz ne-a impus comentariul care reese din aceste rânduri şi anume: necesitatea de a aşeza în locul anatomic convenabil inciziunea tegumentară care deschide calea în organism pentru executarea unei intervenţii operatorii. In cazul hemilaringectomiilor inciziunea orizontală a tegumentelor cervicale trebueşte situată la nivelul spaţiului tiro-hioidian, în dreptul membranei tiro-hioidiene. Deplasarea acestei inciziuni mai jos decât în acest spaţiu, în dreptul cartilagiului tiroid este capabilă să ne îngreuneze evoluţia timpilor operatori subtegumentari. Cât de simplă pare această constatare la prima ei enunţare pe atât de neaşteptate sunt dificultăţile de hemostază, de secţiune şi de extirpare a hemilaringelui bolnav, din cauza unui spaţiu vizual imperfect luminat în profunzimea regiunei organice operate.

Chestiunea unei bune aşezări la nivelul tegumentelor a inciziunilor pe care trebue să le efectuăm în vederea abordării operatorii a unui organ oarecare, în cazul nostru a hemilaringelui, îşi capătă astfel o importanţă deosebită Cine vrea să opereze bine, uşor şi elegant, trebueşte, între alte măsuri preoperatorii şi intraoperatorii, să nu neglijeze această problemă. Trebueşte să fie atent la plasarea liniilor de incizie tegumentară. O neglijenţă fără importanţă evidentă la primul aspect, ia în timpul actului intervenţionist o proporţie neaşteptată De aceea am considerat că nu este fără utilitate să atragem atenţia, cel puţin în domeniul la care ne raportăm, că felul şi situaţia inciziunilor cutanate îşi au importanţa lor pentru operaţiunile cărora le deschid acces în organism. Nu este de ajuns o formă convenabilă a inciziei ci este necesar şi o plasare prielnică a lor. Spre deosebire de alte intervenţii operatorii în hemilaringectomii, o inciziune neprielnic plasată dela început, nu se pretează ca în alte regiuni la o lărgire sau la o mărire imediată, în aşa fel, încât să neutralizeze complet dificultăţile cari decurg din neprielnica ei plasare. O secţiune în

sus, pe buza superioară a inciziunei orizontale, măreşte natural accesul câmpului operator, însă nu-l degajă imediat cu aceeaşi uşurinţă cu care ar fi fost degajat într'o plasare iniţial bună a acestei inciziuni. Noi am putut constata înşi-ne acest fapt. De aceea ne-am hotărât a da acestei constatări proporţiile unei comunicări şi de aceea considerăm că problema, care ne-a preocupat în aceste rânduri, merită această atenţie.

5 *Prof. Dr. M. Sturza:* **Caracterul sezonier şi meteorotrop al tuberculozei.** (Conferinţă).

Şedinţa extraordinară din 5 Mai 1941.

Prezidează D-l Prof. Dr. V. PAPILIAN.

In prezenţa întregului corp profesoral al facultăţii de medicină şi al personalităţilor medicale locale, D-l preşedinte Prof. *Dr. V. Papilian*, în numele facultăţii şi al „Soc. ştiinţelor medicale" salută pe ilustrul cercetător şi savant Prof. *Dr. Parhon*, spunând, între altele: Profesorii facultăţii clujene, foştii săi elevi de altă dată, ca şi studenţii medicinişti, cunosc prea bine lucrările D-lui Prof. Parhon, ca să mai fie nevoie de prezentare. Laboratoarele şi clinicele noastre, dezorganizate de refugiu, nu ne fac să ne lamentăm; toată ţara românească trăieşte azi un act de mare voinţă şi noi trebue să ne integrăm în acest act. D-l Prof. Parhon, o voinţă umanizată, ne serveşte în acest moment ca un simbol şi stimulent, aşa cum a fost totdeauna pentru facultatea clujană. In aceste momente vizita D-sale e binevenită. Doreşte ca prelegerea D-sale să fie un stimulent pentru lucrări viitoare şi prezenţa D-sale între noi exemplu de solidaritate românească în aceste timpuri.

D-l Prof. *Parhon* mulţumeşte D-lui Preşedinte pentru frumoasele cuvinte adresate şi accentuiază plăcerea deosebită ce-o simte când vine în Ardeal, al cărui fiu are cinstea să fie.

Urmează conferinţa despre „Endocrinologia vieţii embrionare şi Endocrinologitologia vieţii prenatale", care apare în original.

Revista cărţilor

Tratamentul bolilor interne. (Behandlung innerer Krankheiten) de *Prof. Dr. Ferdinand Hoff* dela Universitatea din Würzburg. Georg Thieme (Verlag) Leipzig, 1940. Un volum de 398 pagini.

Autorul ne prezintă în această carte tratamentul modern al bolilor medicale, după cele mai noi achiziţii în materie de fiziopatologie.

După o scurtă prefaţă autorul expune partea generală, apoi partea specială în terapeutica bolilor interne.

In partea generală se expun principiile de bază ale terapeuticei medicale. După o scurtă introducere se vorbeşte aci despre tendinţa naturală a organismului de a lupta cu diferitele boli şi de a se vindeca, ceeace reprezinta un factor foarte important în terapeutică. In planul terapeutic trebue să gândim biologic diferitele simptome de boli nu vor fi combătute ca simptome, ci ele vor fi considerate în mod patogenetic, ele reprezentând adesea o reacţie de apărare a organismului. Tusea poate fi foarte folositoare pentru eliminarea unei secreţii purulente, abces pulmonar, durerea adesea constitue un strigăt al organului în suferinţă, inapetenţa este foarte indicatoare într'o nefrită sau în diabetul acidozic. Edemele la extremităţile inferioare la caridiaci constituesc un factor regulator la aceşti bolnavi. In aceste împrejurări turburările circulatorii sunt aşa de exprimate că lichidele nu se mai elimină suficient pe cale renală, şi atunci cantităţi mari de lichid se depun în ţesuturile unde prezenţa acestui lichid este inofensivă, în ţesutul celular subcutanat al extremităţilor. In acest fel circulaţia generală se descarcă se uşurează şi organele vitale, creerul, plămânii, ficatul rămân libere. Dar dacă în aceste împrejurări facem un tratament simptomatic intempestiv şi energic, de exemplu cu injecţi de salirgan, rezultatul poate fi dezastruos: o cantitate mare de lichid edematos va fi trimisă în circulaţia generală supraîncărcată, şi rezultatul va fi că într'adevăr se poate obţine o diureză bogată, dar bolnavul poate sucomba. Pentru bolnavi gravi cardiaci edemul constitue o încercare de adaptare a organismului noilor condiţii circulatorii, rezultate din turburările cardio-vasculare.

Se discută apoi în această parte generală diferite probleme în legătură cu o terapie raţională a bolilor: regimul alimentar, tratamentul specific, chimioterapia, tratamentul simptomatic, rolul momentelor psichice în reuşita unei terapii La sfârşitul acestei părţi se indică un plan de tratament, care însă trebue strict individualizat la aceeaşi boală pentru fiecare bolnav în parte.

In partea doua a cărţii, care constitue partea esenţială, este expusă terapia specială a bolilor medicale după aparate.

Se începe cu tratamentul bolilor inimii şi a aparatului vascular. Aci după câteva consideraţiuni generale asupra fiziopatologiei cardio-vasculare se expune întâi terapia cardiacă propriuzisă (miocardită, pericardită, endocardită afecţiunile orificiale, etc.), apoi se inzistă asupra terapiei afecţiunilor vasculare, colapsul vascular periferic, arterio-scleroza, sifilisul vascular (aortită, etc), ipertensiunea, ipotensiunea, gangrena, embolia, tromboza, diateza angio-neurotică.

Urmează apoi expunerea tratamentului bolilor aparatului respirator: afecţiunile allergice ale căilor respiratorii, afecţiunile inflamatorii acute şi cronice, bronşiectaziile, tusea convulsivă, astmul bronşial, emfizemul pulmonar, pneumonia, bronchopneumonia, abcesul, gangrena pulmonară, sifilisul pulmonar, o atenţie specială se dă tratamentului tuberculozei pulmonare prin toate metodele medicale, chimio-terapice şi chirurgicale, apoi tratamentul pleureziilor, empiemelor.

In capitolul următor se vorbeşte despre tratamentul bolilor sângelui: anemiile de diferite tipuri, diatezele hemoragice, policitemia, leucemiile, limfigranulomatoza, limfosarcomul.

In capitolul IV este expus tratamentul bolilor glandelor cu secreţie internă: bolile glandei tiroide (Basedowul şi tireotoxicorele, mixedemul şi toate ipotiroidismele, etc.) bolile paratiroidelor (sindromul de iperfuncţie paratiroideană: osteita fibroasă generalizată Recklinghausen, sindromele de ipofuncţie paratiroideană, tetania), bolile glandei ipofizare (acromegalia, nanisnul ipofizar, boala lui Cushing, distrofia adipozo-genitală, boala lui Simmond, diabetul insipid), bolile glandei suprarenale (sindromul de ipofuncţie suprarenală, boala lui Addison, sindomul de iperfuncţie suprarenală), bolile glandelor genitale la bărbat şi la femee.

Capitolul al V-lea se ocupă cu tratamentul bolilor de nutriţie. Aci se dau datele necesare asupra nevoilor energetice ale organismului, se dă un tablou complet cu compoziţia centezimală a alimentelor în principii alimentari. Apoi se expune tratamentul fiecărei boli de nutriţie în parte. Diabetul ocupă locul întâi, unde este expus tratamentul insulino-dietetic foarte precis şi complet. După el urmează tratamentul gutei, oberităţii, slăbirei.

In capitolul următor se expune tratamentul bolilor aparatului gastro-intestinal, bolile gurei, faringelui, esofagului, stomacului, duodenului, intestinului subţire şi gros (enterite, gastro-enterite, gastro-entero-colite, colite, constipaţie, apendicita, ocluzia intestinală, tumorile intestinale, tuberculoza intestinală, viermii intestinali), bolile peritoneului.

Capitolul al VII-lea se ocupă cu terapia bolilor pancreasului, al VIII-lea cu a bolilor hepatobiliare (ictere, atrofia acută galbenă a ficatului, ciroale, colecistita, colangita, colelitiaza).

In capitolul IX este expus tratamentul bolilor renale şi a căilor urinare: glomerulo-nefrita, nefroza, tumorile renale, tuberculoza renală, litiaza renală, afecţiunile inflamatorii ale căilor urinare, ipertrofia de prostată.

Capitolul X se ocupă cu tratamentul bolilor organelor de locomoţiune; reumatismul muscular, mialgiile, reumatismul articular, osteoartroza deformantă, rachitismul, ostermalacia.

Urmează apoi capitolul al XI-lea, care se ocupă cu tratamentul bolilor infecţioase.

Aci mai întâi sunt expuse câteva date despre terapia generală a bolilor infecţioase: măsuri igienice, dietetice, tratamentele nespecifice, tratamentul specific, boala serului

Urmează apoi expunerea tratamentului fiecărei boli infecţioase în parte. Incepe cu bolile eruptive: scarlatina, rugeola, rubeola, variola, varicela, tifosul exantematic, erizipelul. Se continuă cu celelalte boli infecţioase: febra tifoidă, paratifoidă şi intoxicaţiile alimentare, holera, dizenteria (bacilară şi amebiană), botulismul, gripa, parotidita epidemică, febra recurentă, difteria, tetanusul, paralizia infantilă epidemică, meningita cerebro-spinală epidemică. Se vorbeşte apoi despre bolile transmise prin intermediul animalelor; cărbunele, boala lui Bang, psittacoza, malaria, boala lui Weil, trichinoza, terapia septicemiilor.

Ultimul capitol (XII) se ocupă cu tratamentul bolilor sistemului nervos: scleroza multiplă, tabesul dorsal, sifilisul cerebro-spinal, siringomielia, epilepsia, corea, encefalita epidemică, paralizia agitantă, apoplexia, hemoragiile subaracnoideene, distrofia musculară progresivă, nevralgiile şi nevritele, turburări vegetative.

Aceasta carte conţine terapia completă a tuturor bolilor medicale şi ea este de un mare folos tuturor medicilor şi studenţilor în medicină. In special pentru medicii practicieni de medicină generală şi de specialitate este de o insemnată utilitate fiindcă aci vor găsi puse la punct toate problemele terapeutice moderne, cu cari se întâlnesc la fiecare pas în vieaţa medicală de toate zilele. Pentru studenţii în medicină cartea constitue un indreptar preţios pentru examene şi pentru vieaţa medicală de mai târziu

Allergie (Allergie), de *K. H. Baagoe*-Kolding, *W. Berger*-Graz, *E. Hanhart*-Zürich, *K. Hansen*-Lübeck, *F. Klinge*-Münster, *W. Riehm*-Giessen, *H. Schmidt*-Marburg, *K. Schreiner*-Graz. — Georg Thieme (Verlag)) Leipzig 1940. Un volum de 728 pagini.

Autorii mai sus citaţi prezintă în acest volum mare de 728 pagini problema allergiei din toate punctele de vedere. Scopul acestei opere este de a prezenta atât teoria cât şi clinica reacţiunilor allergice. Cartea este scrisă sub formă de prelegeri şi fiecare autor tratează problema din punctul de vedere al specialităţii sale. Profesorii *W. Berger* din Graz şi *K. Hansen* din Lübeck au îngrijit apariţia tratatului.

Cartea are o parte generală şi apoi o parte specială.

In partea generală sunt tratate următoarele probleme:

1. *Prof. W. Berger* tratează despre: Introducere la studiul allergiei clinice şi experimentale. In acest cadru vorbeşte despre locul bolilor allergice în raport cu bolile neallergice cu simptome asemănătoare, dă definiţia allergiei, se ocupă cu imunităţile allergice şi bolile allergice.

2. *Prof. Dr. H. Schmidt*-Marburg vorbeşte despre bazele experimentale ale allergiei. Din acest punct de vedere tratează despre experienţele de bază pentru cercetarea anafilaxiei, despre natura allergenului, cum se moşteneşte allergia, despre anafilaxia activă şi pasivă, despre anticorpii anafilactici, despre reacţia anafilactică, despre anafilaxia locală şi fenomene asemănătoare, despre fenomenele însoţitoare anafilaxiei şi a allergiei infecţioase. Mai departe autorul tratează despre fenomenele anafilactice în seroterapie, legătura între anafilaxie şi allergie, despre demonstrarea experimentală a allergiei, producerea allergiei şi idiosincraziei, transmiterea pasivă a allergiei, proprietăţile şi legăturile între anticorpii anafilactici şi idiosincrazici, despre fixarea complementului, despre testul cutanat al allergiei, despre anticorpii în allergie, despre anafilaxie şi desensibilizare.

3 *Prof. W. Berger* prezintă apoi problema patologiei funcţionale a reacţiunii allergice, turburări funcţionale prin reacţiunea allergen—anticorpi.

4. *Prof. F. Klinge* expune anatomia patologică a reacţiunii allergice. In acest capitol autorul tratează despre: poziţia anafilaxiei locale în raport cu anafilaxia generală, ţesuturile şi organele în reacţiune, reacţiunile tisulare ale reacţiunii allergice, critica posibilităţii diagnosticului allergiei din simptome istologice, calea de introducere a antigenului şi acţiunea lui asupra ţesuturilor, discuţia factorilor cari determină localizarea allergiei, concluziunile ce se degajează din cercetările experimentale morfologice asupra allergiei pentru patologie.

5. *Prof. K. Hansen* tratează desprea allergenele (antigenele) exogene. Aci se vorbeşte de allergenele de inhalaţie (polen, pene, lână, păr, substanţe chimice, etc.), despre antigenele din alimente (lapte de vacă, ouă, peşte, carne, alimente vegetale, beuturi, ceaiu, cafea, condimente), despre allergenele de contact de origine animală şi vegetală şi anorganice, despre antigenele din injecţii, despre antigenele de invazie.

6. *Prof. H. Schmidt* expune allergenele endogene (Allergia şi bolile infecţioase). Aci se tratează despre următoarele: anafilaxia bacteriană, patogenia infecţiunii, patogenia microbiană, inflamaţia, semnificaţia infecţiunilor cronice pentru allergie, boli infecţioase tipice cu incubaţie şi simptome tipice, procese infecţioase, complexul reumatic, metastaze, tuberculoza şi manifestările allergice, legătura între imunitate şi allergie.

7 *Prof. F. von Klinge* vorbeşte despre reacţiunile allergice-infecţioase-morfologice. In acest cadru se expun următoarele chestiuni: Allergia şi infecţia, inflamaţia allergică-hiperergică prin antigene bacteriene din punct de vedere morfologic, sepsa şi allergia, reumatismul, periarterita nodoasă, endarterita obliterantă, scarlatina, endocardita, tromboza, glomerulo-nefrita.

8. *Doc. E Hanhart* tratează despre ereditate şi constituţie în allergie (idiosincrazie). In acest capitol vorbeşte despre următoarele: raporturile generale între diferitele idiosincrazii, ereditatea în idiosincrazia pollenică, ereditatea astmei bronşiale idiosincrazice, ereditatea în migrena idiosincrazică, ereditatea în idiosincraziile alimentare, frecvenţa boalei serului în familii idiosincrazice, simptome allergice cutanate familiare, raporturile între dispoziţia allergică şi reumatism şi boli de nutriţie.

9. *Prof. von K. Hansen* prezintă punctul de vedere general pentru aprecierea clinică a reacţiunei allergice. Fiecare reacţie allergică se bazează pe o sensibilizare moştenită individual. Se vorbeşte apoi în acest capitol despre: importanţa cantităţilor mici de antigen, importanţa căilor şi a formelor de absorpţie neobişnuite a antigenelor, eliminarea şi transmiterea antigenelor prin laptele de mamă, senzibilizarea activă şi pasivă intrauterină, deosebirea între efectele obţinute în cercetările experimentale şi în clinică, importanţa clinică a introducerii antigenului pe cale neparenterală, importanţa factorilor nespecifici în manifestarea şocului.

Se mai vorbeşte apoi tot în acest capitol despre polimorfismul reacţiei allergice şi despre condiţiile deosebite cari determină localizarea ei pe un organ.

10. *Prof. K. Hansen* tratează despre diagnosticul special în bolile allergice. Se relatează aci criteriile patogeniei allergice a simptomelor, importanţa reacţiunilor cutanate pentru diagnostic, tehnica extractelor de antigene, principiile fundamentale ale terapiei bolilor allergice.

Partea specială a tratatului se ocupă cu următoarele:

11. *Prof. von H. Schmidt* expune boala serului, tratând despre următoarele în legătură cu această boală: frecvenţa, patogenia boalei serului, anticorpii în boala serului, anafilaxia inversă, antigenul boalei serului, boala serului experimentală, regule pentru reducerea frecvenţei boalei serului, aplicarea serului de convalescent uman, purificarea serurilor, metode pentru evitarea şocului seric şi a boalei serului, desensibilizarea, executarea practică a desensibilizării.

12. *Prof. von K. Hansen* vorbeşte despre allergiile medicamentoase, în cadrul cărora tratează despre intoleranţele medicamentoase, intoxicaţii, şocul seric, intoleranţa faţă de preparatele organice: insulina, preparate hepatice, ipofizare, etc. Expune apoi legătura între calea de resorpţie şi producerea şocului: inhalaţie, ingestie, simplu contact cutanat, injecţie, invazie, vorbind apoi despre alţi factori cari determină allergia medicamentoasă pe anumite organe.

13 *Prof. von K. Hansen* expune allergia pollenică, tratând următoarele în legătură cu această boală: definiţia, istoricul, simptomele, etiologia, părţile morfologice ale pollenului, cari conţin antigenul, demonstrarea caracterului antigenic a substanţei active din pollen, specificitatea antigenică a pollenului din diferitele plante, tratament.

14. *Von K. H. Baagoe* vorbeşte despre rinita vasomotorică: frecvenţa, simptomele, diagnostic, etiologie, patogenie, tratament, apoi expune rinita vasomotorică consecutivă unei allergii la făină, observată la brutari.

15. *Prof. von W. Berger* expune astmul bronşial şi turburările înrudite, vorbind aci despre următoarele: concepţia generală, evoluţia, etiologia, patogenia, diagnostic (clinic, etiologic), tratament.

16. *Prof. von W. Berger* tratează despre bolile cardio-vasculare pe bază allergică. Aci se vorbeşte despre vasele înaintea allergizării, vasele în timpul allergizării, vasele în stările allergice, vasele în reacţiunile allergice, reacţiunile vasculare allergice în cadrul bolilor allergice cunoscute la om, bolile cardio-vasculare allergice funcţionale ale omului: şocul circulator allergic, dysbasia intermitentă şi alte arteriospasme periferice, formele Raynaud, tensiunea şi allergia, angina pectorală allergică, tachicardia şi bradicardia paroxistică, turburări paroxistice de ritm, de excitabilitate, de conductibilitate paroxistice. Se relatează apoi allergiile cardio-vasculare independente la om: edemul pulmonar, purpura, periarterita nodoasă, trombangita obliterantă, glomerulo-nefrita, flebita, endo-miocardita, arterita reumatică şi allergică, reacţiuni de focar.

17. *Prof. von K. Hansen* expune raportul între aparatul digestiv şi allergie. In acest capitol se prezintă: problema aparatului gastro-intestinal ca organ de resorbţie şi importanţa sa în sensibilizare şi declanşare, rolul ficatului în allergie şi anafilaxie; aparatul digestiv ca organ de reacţie din punct de vedere clinic: stomatita catarală şi ulceroasă, glosită, herpes labial, gingivită, faringită allergică, gastrită allergică, ulcer gastric, spasm piloric, duodenită allergică, enterită, colită, proctită allergică, diagnosticul tuturor acestor afecţiuni allergice. Se tratează apoi tratamentul, care constă în mod principal: *a)* Eliminarea antigenului patogen din alimentaţie. *b)* Dacă este posibil, desensibilizare specifică. *c)* Evitarea ocaziilor de o nouă sensibilizare. *d)* Tratament simptomatic. Se dau o serie de regimuri unde diferite antigene sunt eliminate.

18. *Prof. von K. Hansen* tratează sistemul nervos şi allergia. Se expune problema sistemului nervos ca organ de reacţie (creerul, măduva şi nervii periferici), influenţarea reacţiunilor allergice prin sistemul nervos, psichogeneza şi psichoterapia stărilor allergice, acţiunea excitaţiunilor nervoase asupra periferiei şi asupra centrului, câteva consideraţiuni asupra inteligenţii şi caracterului a celor mai uşor sensibilizabili.

19. *Prof. von K. Hansen* vorbeşte despre urticarie, edemul Quincke şi stări asemănătoare. Se tratează aceste sindrome morbide din toate punctele de vedere: simptomatologie, anatomie patologică, fiziologie patologică, patogenie, etiologie, constituţional, diagnostic şi terapeutic.

20. *Prof. K. Schreiner* expune eczema şi reacţiile eczematoase, vorbind despre concepţia asupra eczemelor, simptomatologia clinică, patogenie, etiologia, diagnosticul, tratamentul şi profilaxia eczemelor allergice.

21. *Prof. von W. Berger* tratează allergiile articulare şi stările asemănătoare, expunând artritele allergice pure, neinfecţioase, allergia în reumatism, allergia în gută.

22 *Prof. von W. Riehm* vorbeşte în acest ultim capitol al cărţii: Ochiul şi allergia. Expune întâi partea experimentală a problemei, apoi partea clinică, afecţiunile allergice ale ochiului.

După cum se constată din această scurtă trecere în revistă a conţinutului acestei cărţi, tratatul este unul din cele mai complete asupra allergiei. Problema este tratată nu numai într'un sens general, sau din punctul de vedere numai al unei singure specialităţi, ci ea este epuizată din punctul de vedere al tuturor specialităţilor medicale, de către specialişti consacraţi; într'adevăr, allergia interesează toate specialităţile medicale.

Această carte este de un mare folos tuturor medicilor, studenţilor în medicină şi cercetătorilor asupra acestei probleme. Pentrucă medicul practician care face medicină generală va găsi aici o serie întreagă de date utile din punct de vedere terapeutic în foarte multe afecţiuni allergice cari se întâlnesc în practica curentă; medicul specialist va găsi în această carte toate datele cu multe amănunte în ce priveşte specialitatea sa; studentul în medicină va găsi expusă în mod didactic problema allergiei după ultimile noţiuni în această materie, cercetătorul experimental iarăşi va găsi o serie de date din domeniul experimental şi în special o literatură bogată ce este dată după fiecare capitol în parte.

Vitamina K şi importanţa sa clinică. (Das Vitamin K und seine klinische Bedeutung) de Doc Dr *Fritz Koller*, cu o prefaţă de prof. Dr. *W. Löffler* Georg Thieme (Verlag) Leipzig, 1941. Un volum de 152 pagini.

Autorul prezintă în această lucrare problema vitaminei K cât să poate de complet. De fapt studiile asupra vitaminei K, sunt de dată recentă. Existenţa ei este bănuită abia de un deceniu, însă cercetări chimice, experimentale şi clinice mai amănunţite abia în ultimii 3—5 ani sunt făcute. Această vitamină a fost descoperită de către *Dan* şi *Schonheyder*, numită de ei *vitamina de coagulare* sau *vitamina K*, întradevăr ea are un rol primordial în coagularea sângelui şi lipsa ei duce la o serie de turburări în legătură cu coagulabilitatea sanguină.

Autorul expune toate cunoştinţele existente până astăzi asupra acestei vitamine şi anume: 1. metodele pentru punerea în evidenţă a vitaminei K. 2. Titrarea vitaminei în unităţi. 3. Alimentele conţinătoare de această vitamină K. 5. Constituţia chimică a vitaminei K. 5 Fiziologia vitaminei K. 6. Raportul între vitamina K şi protrombină. 7. Clinica vitaminei K.

In ce priveşte raporturile între vitamina K şi protombină acestea sunt foarte importante şi foarte bine studiate. Toate avi-

taminozele şi ipovitaminozele K sunt însoţite de o scădere a protimbinei în sânge, însă este indiscutabil că nu sunt identice, totuşi există o strânsă legătură între ele. Ficatul joacă un rol foarte important în producerea protombinei şi a acţiunii vitaminei K. Este posibil ca protombina să fie produsă în ficat sub acţiunea stimulantă a vitaminei K. Dacă la ficat ajunge o cantitate prea mică de vitamină K producerea protombinei scade, însă prin o vitaminoterapie K situaţia se normalizează repede. Insă când parenchimul hepatic este foarte alterat cu toată prezenţa de cantitate suficientă de vitamina K formarea de protombină sufere, chiar o vitaminotherapie K rămâne fără rezultat.

Cercetările clinice şi aplicările clinice ale vitaminei K sunt însă la inceput, totuşi există o serie de sindrome morbide unde această vitamină i-şi are aplicarea sa clinică. Vitamina K a fost încercată în toate sindromele hepatice, sanguine, hemoragice, unde s'a putut pune în evidenţă o scădere a protombinei şi în multe cazuri cu rezultate satisfăcătoare. Astfel s'a aplicat în icterele mecanice, icterele catarale, infantilismul Herter, în atrofia acută hepatică, ciroze hepatice, diatezele hemoragice. Există azi un test vitamina K pentru explorarea funcţiunei hepatice.

La inceput s'au utilizat preparatele de vitamina K naturale, extrase din plante, astăzi se lucrează cu preparate obţinute pe cale sintetică, ceeace a uşurat foarte mult aplicarea clinică. Se dau detalii despre dozarea, modul de administrare, calea şi durata administrării acestor preparate.

Se expune în penultimul capitol simptomatologia ipo- şi avitaminozelor K. In ultimul capitol se dă o clasificare patogenetică a diatezelor hemoragice şi locul ocupat de avitaminozele K între ele.

La sfârşit se dă o literatură bogată asupra problemii.

Lucrarea este ilustrată cu o însemnată experienţă personală a autorului prin numeroasele observaţiuni personale date în text.

Această carte este de mare interes şi însemnat folos pentru orice medic, care doreşte a se ţine la curent cu ultimele achiziţiuni ale medicinei moderne în materie de vitamine, mai ales că aci se expun probleme cu interes imediat practic medical, cercetătorul de laborator va găsi aci o bibliografie bogată asupra subiectului şi o punere la punct a cercetărilor de până astăzi.

Conf. Dr. I. Gavrilă.

G. F. Heenisch und *H. Holthusen:* **Einführung in die Radiologie.** Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. (Introducere în Radiologie. Un manual pentru medici şi studenţi).

Ediţia întâia a apărut în 1933.

Intenţiile autorilor se găsesc precizate în frazele următoare din prefaţa la prima ediţie:

„La alcătuirea părţii diagnostice ne-a preocupat gândul să dăm medicului sau studentului bazele radiologiei, să-l introducem în noţiunile elementare ale formării şi interpretării imaginilor radiologice, şi să-l facem să înţeleagă mai bine ca până acum legătura dintre medicină şi radiologie, şi în fine să poată înţelege demonstraţiile de radiografii ce i se fac. Se înţelege că trecând pe scurt în revistă întregul domeniu al diagnosticului radiologic, nu am putut da decât o orientare generală în diversitatea imensă a posibilităţilor pe care le oferă razele Röntgen pentru diagnosticarea bolilor.

„In partea terapeutică am intenţionat să dăm o imagine despre natura influenţei razelor asupra celulei, ţesutului, sau întregului organism şi astfel să facem să se înţeleagă mai bine acţiunea de vindecare a razelor Röntgen. Mai trebue să dăm despre posibilităţile şi indicaţiile radioterapiei cel puţin atât cât trebue ca medicul să fie în stare să-i dea importanţa cuvenită în preocupările lui generale de terapie.

„Capitolele următoare nu reprezintă deci un tratat de Radiologie medicală suficient pentru a instrui un radiolog în domeniul diagnosticului sau al terapiei, ci numai o călăuză prin întreg domeniul Radiologiei medicale, cu scopul de a arăta „posibilităţile şi limitele întrebuinţării razelor Röntgen".

Intenţiile autorilor au fost realizate cu prisosinţă. In cele 390 pagini de text şi ilustraţiuni se găseşte tot ce trebue să ştie un medic nespecialist despre radiologie şi mai mult decât ştiu, din păcate, o bună parte din „proprietarii de aparate Röntgen.

Ediţia doua a fost amplificată şi completată cu date noi cu privire la Kymografie, planigrafie, fotografierea în serie a imaginilor radiologice după ecran, etc.

Capitolul fizico-tehnic e scris cu multă claritate de Prof. A. Liechti — Berna şi ajută pe medic să înţeleagă aparatul şi modul lui de funcţionare, ca astfel să poată scoate optimul de randament chiar dintr'o instalaţie mică.

Indexul alfabetic dela sfârşitul volumului, trei coloane pe aproape şaptesprezece pagini, facilitează foarte mult orientarea rapidă.

Cartea aceasta ar putea servi ca program minimal în campania întreprinsă de Ministerul Sănătăţii cu privire la radiologii improvizaţi.

Dr. C. Berariu

Revista revistelor

INTERNE

Sensibilizarea prin proba Casoni drept cauză de eroare în diagnosticul chistului hidatic. (La sensibilisation par l'épreuve de Casoni cause d'erreur dans les diagnostique du Kyste hydatic) de *E. Rist.* La Presse Médicale Nr. 11, 1940.

Serviciile aduse în clinică prin intradermoreacţia cu lichid de chist hidatic nu se poate contesta. Este pozitivă în 90—95% a cazurilor de echinococoză. S'au semnalat, însă, cazuri cu reacţia Casoni pozitivă la indivizi la care s'a putut afirma cu certitudine că nu au chist hidatic.

S'a ajuns la concluzia că reacţia nu este specifică. Anumiţi antigeni echinococici ar conţine proteine susceptibile să provoace o falsă reacţie la persoane neinfestate, mai ales, dacă ele suferă de astm, urticarie, afecţiuni pruriginoase, sifilis. Se citează însă ca o cauză de eroare mai probabilă prezenţa helminţilor în tubul digestiv. Pe de altă parte cu un antigen taenia se obţine la bolnavii de chist hidatic, o reacţie Casoni identică aceleia provocată de antigenul hidatic. Specii diferite de tenii (Tenia echinococus, T. Solium, T. inermis, T. saginata, T. serrata) au deci proprietăţi antigenice comune şi reacţia Casoni, reacţie de grupă, nu este specifică chistului hidatic. In fiecare caz de reacţie Casoni pozitivă să nu tragem concluzia definitivă până ce nu am eliminat şi prezenţa teniilor intestinale. Autorul publică trei cazuri de cancer pulmonar la care reacţia Casoni a fost complet negativă la primul examen, la o a doua probă pozitivă, (o reacţie pozitivă puţin diferită de aceea pe care o întâlnim la bolnavii de chist hidatic). Explicaţia ar fi următoarea: Se atribue primei injecţii intradermice de antigen hidatic, o acţiune sensibilizatoare care face ca a doua injecţie să devie pozitivă. Alergia echinococică se desvoltă în afara

unui chist hidatic şi este creiată artificial prin injecţia (prima) de antigen. Cazuri similare au mai fost descrise de Sergent şi alţi autori. Sunt autori care contestă aceste afirmaţiuni.

Tratamentul Poliglobuliei primitive prin iradierea pilorului de *A. Ravina*. La Presse Médicale Nr. 13, 1940.

Autorul face o punere la punct a acestei probleme. Rezecţia pilorului se poate aplica de obiceiu in cazurile în care există şi un ulcer. Hitzenberger a tratat prin Roentgen pe regiunea pilorică două cazuri. A obţinut ameliorări evidente, ce au durat numai două luni. Sunt autori care cred mai bună această terapie decât aceea de a acţiona asupra măduvei osoase prin iradierea întregului sistem osos. Se iradiază glandele pilorice şi toate glandele duodenale ale lui Brunner cu o doză suficientă pentru ca funcţiunea acestor glande să fie suprimată. Zona de iradiere este de aproximativ 9 cm. diametru şi este fixată cu precizie. Se fac patru şedinţe la intervale de 2 zile, cu o intensitate de 200 r., cu un filtru de cupru 0.5 mm, distanţa focar-piele de 40 cm., 150 Kv. şi 5 m. a. Bolnavul primeşte în total 800 r. După o lună face a doua serie care constă în trei iradiaţii de 200 r. fiecare. Acelaşi tratament se repetă, de două ori, la interval de o lună fiecare serie cuprinzând trei iradieri de 200 r. (fiecare). Intr'o primă perioadă se observă o creştere a ematiilor şi a emoglobinei pentru ca apoi să scadă foarte repede la un nivel aproape de normal. Mecanismul acestor modificări sanguine ar fi diminuarea secreţiei factorului intrinsec şi reducerea în acest fel a formării factorului eritropoetic, prin iradierea cu raze X. Se pare, însă, că efectele nu sunt de lungă durată deoarece glandele piloro-duodenale îşi reiau pe încetul funcţia.

Trichinoza de *S. Saad*. La Presse Médicale Nr. 49—50, 1940.

Descrie o epidemie de trichinoză la Beyrouth în urma alimentaţiei cu carne de porc infestată cu trichină, care a atins 500 de persoane. Tabloul clinic era caracterizat prin: turburări digegestive (inapetenţă, greaţă, vărsături, diarei, uneori cu caracter dizenteriforiform) edem al feţei (dela edemul palpebral care n'a lipsit niciodată buflarea feţei „Gross-têtes"; edemul nedureros nu lasă urmă digitală şi durează în medie o săptămână) ascensiuni febrile (variind între 37,5°—40° menţinându-se în platou şi ţinând 10—15 zile; asemănându-se cu temperatura din febra tifoidă şi para-tifoidă), dureri musculare difuze sau localizate, o eosinofilie (variind între 15—40%; a fost întâlnită la toţi bolnavii). Aceste simptome pot apare izolat şi de intensitate redusă. Complicaţiile au fost rare. Evoluţia a fost benignă, toate cazurile s'au vindecat. Tratamentul a fost simtomatic, sulfamidele n'au dat rezultate mulţumitoare. Epidemia a dispărut prin măsuri de profilaxie: Controlul cărnii de porc pusă în comerţ, educaţia publicului. Diagnosticul s'a făcut din examenul sanguin (eosinofilia ridicată) şi evidenţierea larvelor de trichină în diafragmul porcilor. Evidenţierea în scaunul bolnavilor nu s'a făcut decât intr'un singur caz.

Dr. Cornel Meţianu

Injecţiunile intravenoase lente şi continue în terapeutică. (Les injections intraveneuses lentes et continues en thérapeutique) de *H. Benard* şi *J. Sallet*. Paris Médical 1940 Nr. 46—47, p. 521.

Interesul injecţiunilor lente intravenoase se justifică de sine. Această metodă combină în efect eficacitatea şl preciziunea pozologică a căii intravenoase, efectul susţinut ce se poate aştepta dela căile: digestivă, subcutanată şi intramusculară Mai are avantajul că substanţele medicamentoase introduse în acest fel pe cale venoasă au o viteză bine determinată, controlabilă în fiecare moment şi modificabilă după dorinţă. Introducerea lentă a medicamentului permite de a evita accidentele mecanice, a socului de viteză

In scopul acestor injecţii se utilizează diferite aparate, care permit o introducere lentă şi regulată a substanţelor medicamentoase în circulaţia generală.

Viteza volumetrică poate fi următoarea: La adulţi 40—200 cc. pe oră, cu o maximă de 250+300 cc.; la copii 30—50 cc. pe oră. Durata injecţiunilor poate fi mai multe zile.

Prin injecţiunile intravenoase lente şi continue se introduc în organism următoarele: ser artificial clorurat sau glucozat, sânge citratat pentru transfuziuni, soluţiuni de hormoni cu adrenalină, cu insulină, seruri specifice antiinfecţioase şi antitoxice, soluţiuni de morfină şi de novarsenobenzol.

Asupra tratamentului Basedowului şi a tireotoxicozelor, în stadiul crizelor cu injecţiuni intravenoase de dijodtirozină. (Zur intravenösen Dijodtyrosinbehandlung Basedow- und Thyreotoxikose-Kranker in kritishen Krankheitsstadien) de *Dr. C. Wolpers* şi *Dr. O. Arnold*. Deutsche Med. Wochensch. 1941 p. 5.

După o scurtă privire asupra tratamentului cu iod în boala lui Basedow autorii insistă asupra tratamentului cu injecţiuni intravenoase de dijodtirozină în puseurile acute ale acestei boli. Au aplicat acest tratament în 8 de astfel de observaţiuni, care sunt relatate în articolul de faţă. In 6 din aceste observaţiuni autorii reuşesc ca prin acest tratament să amelioreze foarte mult crizele tireotoxice, în schimb în două observaţiuni n'au reuşit, starea bolnavilor s'a agravat tot mai mult cu tot tratamentul şi sfârşitul letal s'a instalat. Dozele de dijodtirozină necesare pentru tratamentul crizelor tireotoxice sunt de 200—900 mg pe zi.

Tratamentul Depot al insuficienţii suprarenale. (Die Depotbehandlung der Nebenniereninsuffizienz) de *Engel* şi *Billmann*. Deutsche Med. Wochensch. 1941, Nr. 9 p. 230.

Autorii tratează o serie de cazuri de boala lui Adison cu preparatul depot cristalin desoxycorticosteronazetat sub formă de implantări subcutanate şi în general cu rezultat bun, tensiunea arterială se ridică până la normal, starea generală se ameliorează. Doza zilnică nu trebue să treacă peste 5 mg pe zi, altfel se pot produce fenomene de iperdozare. In cazurile autorilor în general au fost suficiente 2 mg pe zi. Simptome de iperdozare sunt edeme şi ipertonie. O cantitate prea mare de clorură de sodiu administrată concomitent măreşte pericolul iperdozării.

Dr. I. Gavrilă

*

PULMONARE

Asociaţia de intervenţiuni colapsoterapeutice în tratamentul cavernelor cu aspiraţia endocavitară. (L'associazione di interventi collassoterapici nel tratamento delle caverne con aspiratione endocavitaria). De *Dott. G. Babolini e Dott. I. Rocchio*. Annali dell' Instituto „Carlo Forlanini", Nr. 9—10, 1940.

Din totalul de 330 cazuri tratate cu aspiraţia endocavitară în Instit. Forlanini, la 152 cazuri s'a efectuat simultan diferite intervenţiuni colapsoterapeutice. (Frenicectomie, toracoplastie, apicoliză, etc.) Deşi numărul observaţiunilor este de 152, autorii mărturisesc că nu pot trage concluziuni, elementele adunate nefiind suficiente pentru a se pronunţa asupra valorii acestei asociaţii. De asemenea, nu se poate preciza, dacă reducerea cavităţii hemitoracice sau a mişcărilor toracice, ori deformarea peretelui operat, creiază condiţiuni favorabile pentru substituirea spaţiului cavitar; aceasta fie printr'o distensiune concentrică, fie printr'o eventuală dislocare a parenchimului mai îndepărtat, pus într'un repaus mecanic relativ prin intervenţiunile amintite.

Sintetizând cazuistica autorii împart aceste asociaţii în trei categorii:

I. — *Aspiraţia endocavitară asociată cu pneumotorace parţial*, este contra indicată din cauza complicaţiunilor pleurale.

II. — *Aspiraţia endocavitară şi frenicectomia*, acţionează favorabil când paralizia hemidiafragmului e instituită pentru procese

independente de cel cavitar, tratat cu aspirația endocavitară. Rezultatele pot fi bune și durabile în contradicție cu cazurile la care frenicectomia se efectuiază pentru leziuni nou formate sau preexistente în jurul cavernei. La fel, se obțin rezultate bune prin asocierea frenicectomiei cu scopul de a favoriza substituirea spațiului cavitar în direcție verticală.

III. — *Aspirația endocavitară și toracoplastia*, e oportună în cazurile la care de asemenea, urmărim ca prin toracoplastie să substituim spațiul cavitar. Rezultatele nu au fost apreciabile.

Aplicația procedeului cu aspirația endocavitară. Una sută patruzeci de cazuri cu rezultat favorabil. (L'applicazione del procedimento di aspirazione endocavitaria. Centoquaranta casi con risultato favorevole). De *Prof V. Monaldi* Annali dell' Instituto „Carlo Forlanini", Nr. 9—10, 1940.

Profesorul V. Monaldi prezintă 140 cazuri, tratate prin metoda aspirației endocavitare, la care a obținut regresiunea completă a cavernei.

Totalul cazurilor îl împarte în 4 grupuri:

La *primul grup*, cuprinzând 59 cazuri cu caverne izolate, circumscrise de țesut sănătos, de dată recentă sau îndelungată (până la 11 ani), care au urmat cură sanatorială sau diferite tratamente fără ameliorări, s'au obținut prin această intervenție, rezultate surprinzătoare. Pe lângă o stare generală bună, cu o apreciabilă creștere a greutății corporale, local, nu mai rămâne din procesul morbid — atât la ex. obiectiv cât și la cel radiologic, — decât urme abia perceptibile. In asemenea cazuri, se obține o vindecare completă a bolii.

Grupul II-a, îl formează 41 de cazuri cu caverne înconjurate de parenchim alterat. (Infiltrații specifice, focare nodulare confluente). Tulburările generale secundare a acestor leziuni au regresat, după aplicarea aspirației endocavitare, în timp ce local, s'a observat dispariția leziunilor ulcerative, iar umbrele nodulare moi, recente, se atenuau devenind progresiv mai clare, încât nu mai erau vizibile Cele cu o durată mai veche, deveneau mai opace. Cu toate acestea, au fost cazuri, unde după o perioadă de negativitate au reapărut bacilii în secreția endocavitară

In *grupul III-a*, sunt 17 cazuri, care prezentau, — pe lângă cavernă, — alte procese necavitare în interiorul aceluiași pulmon, ori una sau mai multe caverne de partea controlaterală, având totodată o stare generală compromisă. Șapte din aceste cazuri, au avut instituit un pneumotorace artificial controlateral. După aplicarea metodei aspirației endocavitare, pe lângă dispariția cavernei, s'a obținut și regresiunea celorlalte procese; consecutiv a urmat o remarcabilă ameliorare a stării generale.

Grupul IV-a, cuprinde 23 cazuri cu leziuni pluricavitare monolaterale; tratamentul efectuat într'o cavernă a fost urmat de regresiunea celorlalte leziuni și dispariția fenomenelor generale.

Dr. Viorel Gligore

Despre mersul progresiv al tuberculozei ganglionare în legătură cu tuberculoza pulmonară. (Über progredient verlaufende periphere Lymphknotentuberkulose in Verbindung mit Lungentuberkulose). De *Brüger*. Zeitschrift für Tuberkulose. Band 86, Heft 1—2, 1941.

Mai întâi autorul arată diferitele moduri de infecție cu bacilul tuberculozei al ganglionilor periferiei, și anume:

1. In cele mai multe cazuri infecția se face printr'o metastază a bacililor dintr'un focar tuberculos situat în teritoriul circulației limfatice, rezultând o tuberculoză cazeoasă mai mult sau mai puțin întinsă.

2. In cazuri rare infecția se poate face prin pătrunderea bacililor din spută în vasele limfatice ale nazo-faringelui ducând la inflamația ganglionilor regionali, însă în aceste cazuri infecția nu trece la alte grupuri ganglionare.

3. Infecția grupurilor ganglionare se poate face pe cale hematogenă chiar dintr'un focar situat în teritoriul circulației limfatice.

4. Ganglionii limfatici se pot îmbolnăvi și printr'o diseminare hematogenă directă

Mai departe autorul arată părerea, care este în general admisă, că alături de tuberculoza ganglionară există și o tuberculoză pulmonară a cărei prognoză este de cele mai multeori bună, și în sprijinul acestei păreri citează după Wallgrenz B. „Tuberculoza pulmonară la pacienții cu limfome, care au existat sau există încă, evoluiază adeseori surprinzător de benign sau de incet, merge de cele mai multeori către vindecare (adeseori în mod extraordinar de neobișnuit) și este acompaniată de simptome subiective foarte puține". Autorul acceptă susținerea lui Wallgrenz, dar numai atunci când ganglionii singuratici sunt prinși (afectați) în cadrul tuberculozei pulmonare Prognoza este însă rea în tuberculoza ganglionară cu mers progresiv, chiar și atunci când la nivelul plămânilor se constată leziuni neinsemnate. Unul din cazurile publicate de acest autor, a cărei tuberculoză ganglionară era manifestă și avansată, în același timp, la nivelul plămânilor radiologic nu s'a putut constata altceva decât că hilul drept era mărit.

In cadrul acestui articol autorul prezintă cinci cazuri de tuberculoză ganglionară evolutivă, care toate au sucombat printr'o evoluție malignă a tuberculozei pulmonare și anume în epoca pubertății.

Dr. I. Timoc

Despre pneumotoracele extrapleural. (A propos du Pneumotorax extra-pleural). De *Dr. Jean Chenebault*. Buletin et Memoires de la Société Médicale de Passy, 1940

Pneumotoracele extrapleural, apare în principiu, pentru cavernele tuberculoase ca o metodă ideală de colapsoterapie, acolo unde este indicat un pneumotorace, dar care nu se poate institui din cauza procesului de simfiză pleurală.

Un bolnav cu extrapleural, operat în bune condiții, după ntervenție trebue să prezinte un colaps electiv, cu micșorarea sau chiar dispariția imaginii cavitare pentru care a fost creiat. In multe cazuri, la scurt timp după intervenție, bontul pulmonar se prezintă radioscopie de limitat printr'o curbă cu concavitatea îndreptată căte punga extrapleurală

In primele zile după intervenție, aspectul colapsului trebue urmărit îndeaproape, deoarece se poate produce;

fie o mărire a lui datorită colecții extrapleurale care poate pune indicația unei puncții evacuatoare,

fie o tendință la simfizare cu expansiunea parenchimului pulmonar consecutiv redeschiderea leziunii cavitare, pentru care este nevoie de reinsuflații frecvente cu tensiuni pozitive, sau creiarea unui oleotorace extrapleural antisimfizar.

Complicațiile în cursul pneumotoracelui extrapleural fiind frecvente, actul operator trebuie executat cu toată grijea, iar întreținerea colapsului făcut, necesită un control foarte atent. Dintre multiplele complicații ce pot rezulta după un pneumotorace extrapleural, autorul insistă cu deosebire asupra perforațiilor și a colecțiilor din punga extrapleurală.

Ori de câte ori se pune indicația de pneumotorace extrapleural, trebue avut în vedere, leziunea pulmonară, antecedentele pleurale și starea generală a bolnavului.

Când condițiile locale sunt bune și nu avem un trecut patologic pleural, intervenția se poate face și la bolnavi cu stare generală mai mediocră, în caz contrar este mai bine să preferăm o plastie parțială superioară.

In cazuri mai rari extrapleuralul poate fi aplicat bilateral, sau combinat cu altă metodă de colapsoterapie.

Dr. N. Bumbăcescu

*

INFECȚIOASE

Diferențierea tipurilor de meningococi în legătură cu evoluția tabloului clinic în meningită epidemică. (Die Typendifferenzierung der Meningokokken in ihrer Bedeutung für Krankheitsverlauf der Meningitis epidemica). Zbl. Bakter. I Orig 146, p. 54—68/1940.

Studiul autorului se bazează pe 397 cazuri din 3 ani, unde s'au cultivat pe mediile de laborator meningococi. In ce privește evoluția și tipul de meningococi prezenți faptele s'au prezentat în modul următor: din 103 infecții cu tip I au sucombat 47 persoane, din 40 cu tip II au sucombat numai 11. Din 24 sugaci și copii mici cu meningococi tip I au murit 22, din 21 copii asemănători cu meningococi tip II au murit 9. In medie durata bolii la infecțiile cu meningococi tip II a fost mai scurtă, ca la cele cu tip I. Din 34 cazuri cu complicații 33 au fost cu tip I. In consecință meningococi tip I produc un tablou clinic mult mai grav, decât tipul II. In rezumat la judecarea unui rezultat terapeutic în meningitele cu meningococi fie cu același preparat, fie cu preparate diferite, trebue să ținem cont de tipul de meningococi, care este în cauză.

Asupra tratamentului pneumoniei cu eubasin. (Über Pneumoniebehandlung mit Eubasinum) de *H. Kern*. Dtsch Arch. klin. Med. 186, 1940, p. 403—410.

Se relatează o statistică de 117 bolnavi de pneumonie (copii și adulți), tratați cu eubasin. După întrebuințare precoce boala poate fi oprită și vindecată repede, după aplicarea mai tardivă a preparatului se obține încă o prescurtare a bolii și o evitare a complicațiunilor. Mortalitatea este 3,5%, în opoziție cu o statistică de 125 de cazuri din 1935/37, tratați cu chinincalcium și unde mortalitatea a fost de 19,2% Din cele 6 cazuri mortale 3 au fost copii și 3 adulți. Eubasina este cel mai bun medicament contra pneumoniei până în prezent.

Asupra infecțiunilor alimentare bacteriene. (Über bakterielle Lebensmittelinfektionen) de *Kurt Beckmann*, Med. Klin. 1940, p. 855—857.

Este o trecere în revistă a infecțiunilor microbiene alimentare: în special infecțiunile cu bacili paratifoidi, enteritis Gaertner, Breslau, botulinie, boala lui Bang, infecțiunile cu proteus, infecțiunile cu colibacili.

Meningită prin bacterium enteritidis Gärtner. (Meningitis durch Bacterium enteritidis Gärtner) de *J. Meyer-Rohn*. Dtsch. med. Wschr. 1940, p. 1193—94.

Autorul relatează un caz rar de meningită cauzată de bacterium enteritidis Gärtner tip Kiel. Este vorba de un copil de 1 an care s'a îmbolnăvit cu bronsiolită și meningită purulentă. Din lichidul cefalo-rachidian s'au cultivat bacilii Gärtner. Copilul a sucombat.

Noile medicamente sintetice ale malariei, modul lor de aplicare și acțiunea. (Die neuen synthetischen Malariaheilmittel, ihre Anwendungsweise und Wirkung) de *O. Fischer*, Wien. Klin. Wschr. 1940, p. 681—683.

Se trece în revistă medicamentele sintetice ale malariei, modul lor de administrare, dozarea, acțiunea, avantajiile lor. Atebrina are o acțiune rapidă și scurtă. Se insistă asupra acțiunei asupra gameților a plasmochinei și a certunei.

Reacția Gruber-Widal și vaccinarea tifică. (Gruber-Widalsche Reaktion und Typhusschutzimpfung) de *R E. Bader*. Münch. med. Wschr. 1940, p. 1257—60.

Pe lângă cultivarea agentului patogen reacția Gruber-Widal are și astăzi o importanță diagnostică deosebită în febra tifoidă chiar după introducerea vaccinărilor în armată. Prezența sigură a aglutininelor contra tipului H, paratifos B și enteritis Breslau nu au valoare diagnostică la cei vaccinați. Are mare importanță diagnostică evidențierea aglutininelor de tip O, care se găsesc aproximativ în 50% a tificilor.

Fenomenul facialului și al peroneului în difterie. (Das Facialis- und Peroneusphänomen bei Diphterie) de *A. Thies*. Wschr. Kinderheilk. 84 - 1940, p. 224—229.

Simptomele de tetanie, al facialului și al peroneului, se observă în forme de gravitate diferită ale difteriei, și ele nu constituesc un fenomen premonitoriu pentru paralizii. Aceste fenomene se observă și în alte boli infecțioase, ca scarlatină, pojar, gripă, amigdalite, ceea ce denotă că ele nu sunt produse de toxina difterică. Probabil că ele sunt provocate de diverse infecte și de turburări de nutriție.

Tularemia în Europa. (Die Tularämie in Europa) de *J. Kathe*. Münch med. Wschr. 1940, II, p. 1211—12.

Tularemia a fost explicată prin descoperirea de către Francis (1920) a bacilului tularensis. Boala este caracteristică rozătoarelor, dar ea poate fi transmisă și la oameni (vânători, păstori) și a fost descrisă mai ales în California, în districtul Tulare. S'au observat focare în fosta Austrie și Cehoslovacia, care acum au fost stinse complet. Când se observă la veverițe, iepuri, cobai simptome suspecte de tularemie se vor lua imediat măsurile profilactice de rigoare.

Un tratament al zonei prin sânge dela bolnavi care au suferit de zonă. (Un traitement du zona par le sang d'anciens zonateux) de *P. Carnot, G. Hanthuile* și *H. Piessinger*. Paris Médical 1940, Nr. 46—47, p. 534.

Natura imunizantă a infecțiunei zonatoase e o noțiune foarte veche. Autorii dau 3 observațiuni de bolnavi cu zonă foarte dureroasă, care au fost tratați cu injecțiuni intramusculare de sânge (40 c c.) luat dela indivizi care au suferit înainte de zonă. Rezultatele au fost foarte bune, pentrucă nu numai leziunile locale s'au vindecat destul de repede, dar și fenomenele dureroase care acestea sunt mai neplăcute pentru bolnav, au dispărut foarte repede.

Dr. I. Gavrilă

*

GINECOLOGIE

Tratamentul metroragiilor prin hiperfoliculinemia cu doze masive de hormoni de luteinizare. De *Dr. Maria Alexim* Rom. Med. 15 Febr. 1941, Nr. 4, pag. 42.

Autoarea descrie sindromul de hiperfoliculinemie caracterizat printr'un tablou clinic, anatomo-patologic și hormonal.

Tabloul clinic, este dat de turburările funcționale produse de o hiperproducție de foliculină cu 3 stadii: 1. de amenoree; 2. metroragii și 3. de vindecare.

Anatomo-patologic sunt transformările hiperplasice ale mucoasei uterine sub influința excesului de foliculină, produsă de foliculii ovariani, nerupți, perzistenți sau înmulțiți.

Hiperfoliculinismul este expresia unui ciclu sexual anormal, monofazic cu absența fazei de luteinizare.

Hormonal se caracterizează prin hiperfoliculinemie urmată de hiperfolicurie.

Terapia hormonală va fi *substitutivă* și *stimulantă*. In primul caz, se va da organismului ce-i lipsește, adică corp galben care va transforma mucoasa uterină în faza de luteinizare, secretorie pregravidică, în al doilea caz se va administra hormon de lutinizare, hormon hipofizar gonadotrop ceea ce va produce corpul galben și acesta luteina, ca aceasta să transforme mucoasa uterină în faza secretorie.

Tratamentul substitutiv se va face fie cu produse sintetice de corp galben, fie cu extracte naturale. Doza ar fi totală de 65 U. ep. (Clauberg) sau 10—15 U. zilnic.

Trat. stimulant cu hormon gonadotrop extras din urina animalelor gravide (hormon placentar) în doze de 1000 U. şob. (Martin) pe o inj. cu rezultat după 4 inj. *Runge* a obţinut rezultate după 2000 U. şoarece. S'a mai administrat sânge de gravidă.

Autoarea a tratat în Maternitatea Regina Elisabeta un număr de cazuri, atât prin metoda substitutivă cât mai ales prin ceea *stimulantă* şi o recomandă mai ales pe aceasta din urmă, în credinţa, că dă rezultate mai durabile şi dozele fiind masive, tratamentul este scurt fără să fie prelungit sau repetat, ca în metoda substitutivă.

Locul hormonului masculin în ginecologie. (La place de l'hormone mâle en gynécologie). De *L. M. Pierra* şi *Gilbert Erlaude*. R. Fr. de Gynécologie et d'Obstétrique. 1940. Nr. 3—4, pag. 97.

S'a atribuit hormonului masculin o acţiune frenatorie asupra hormonilor sexuali femenini şi aceasta a făcut ca el să fie pus alături de alţi hormoni cu acţiune similară ca hormonul glandei mamare, al corpului galben şi al lobului posterior hipofizar.

In această credinţă autorii au întrebuinţat, comparativ toţi aceşti hormoni în afecţiunile caracterizate printr'o supra activitate funcţională a ovarului ca: puseeuri congestive datorite ovulaţiei, mastite cronice, congestii mamare premenstruale şi fibroamele uterine.

In *crizele de ovulaţie:* s'a administrat hormonul masculin.

Autorii au întrebuinţat propionatul de testosteron, administrându-l în doze de 10 mgr. în a 9—13 zi a ciclului menstrual, câte 3—4 injecţiuni la femeile care prezentau pusseuri congestive caracteristice perioadei de ovulaţie şi anume în zilele ştiute care precedau criza: aceasta în cazurile când crizele apăreau regulat în fiecare lună, încât bolnava putea preciza matematic ziua când trebuia să apară criza.

In cazurile când crizele survenea neregulat şi inopinant fără ca bolnava să le poată preciza, administrau 10—20 mgr. de propionat de testosteron deodată cu apariţia durerilor şi a pierderilor de sânge. Acest tratament s'a administrat la 12 femei cu rezultatele următoare: negativ la 8, dubios la 2 şi satisfăcător la 2.

In congestiile mamare premenstruale au întrebuinţat propionat de testosteron în doze de 10 mgr. în pusseuri congestive premenstruale fără alteraţiuni anatomice, apoi în cazurile unde glanda mamară prezenta nodozităţi, cât şi în cazurile de chiste ale glandei mai mult sau mai puţin voluminoase.

Injecţiunile le făcea între 11—15-a zi a ciclului menstrual şi le repeta tot a II-a zi, administrând 5—6 inj., oprindu-se înaintea apariţiei menstruaţiei cu 5 zile.

Au tratat astfel 14 femei.

Din aceste 14 bolnave tratate, la 3 n'a obţinut niciun rezultat, la restul de 11 au obţinut un rezultat destul de satisfăcător.

In fibroamele uterine, au întrebuinţat atât propionatul de testosteron în doze de 40 mgr. (4 inj. à 10 mgr) — 200 mgr. (5 inj, à 40 mgr.) administrându-le între 11—15-a zi a ciclului tot a 2-a zi.

Numărul de bolnave tratate a fost de 11 şi anume:

2 cu fibroame subseroase multiple

4 „ „ intramurale

5 „ „ submucoase, dintre care 2 cu menoragii abundente şi interminabile.

Rezultatele: foarte satisfăcător în 7 cazuri cu menoragii. Uneori abundenţa şi durata menstruaţiei a diminuat după prima serie de injecţiuni, încât s'a demonstrat astfel proprietatea hemostatică a testosteronului.

In 3 cazuri cu fibroame interstiţiale au avut impresia că tumora a diminuat. In alte 8 cazuri au avut impresia că tumora a fost oprită în desvoltare, rămânând staţionară. Făcând comparaţia între rezultatele obţinute cu testosteronul şi ceilalţi 3 hormoni amintiţi mai sus, în aceste 4 grupe de afecţiuni ginecologice au tras următoarea concluzie:

In puseurile congestive intermenstruale (cu zile de ovulaţie) opoterapia mamară şi h. luteini au dat rezultate briante încât cred că h. masculin n'are ce căuta aici.

In mastopatii cronice şi în congestiile mamare premenstruale acţiunea h. luteinic poate ajuta pe ceea a testosteronului cu rezultate bune.

Foliculina a dat rezultate mediocre. Ei consideră testosteronul ca reprezentant actual al tratamentului de ales în toate mastopatiile. *In fibroame*, au utilizat mult timp gl, mamară pură sau asociată cu corp galben cu rezultate bune, în cazurile unde a fost intenţia de a opri sau de a preveni menstruaţii foarte abundente şi foarte lungi şi acompaniate de chiaguri, dar nu a avut nicio influenţă asupra desvoltării tumorii, pe când testosteronul a oprit desvoltarea ei sau chiar a favorizat regresiunea fibroamelor, de unde rezultă că e preferabil tratamentului chirurgical sau radiologic, păstrând în toată integritatea funcţională a ovarului, încât hormonoterapia testiculară prezintă pentru femeie tratamentul de elecţie în fibromele mici şi mijlocii.

Dr. Dumitru Căprioară

*

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Prezentarea a patru cazuri operate pentru otoscleroză. (Presentation of four cases operated upon for otosclerosie). De *Gunnar Holmgren*. Acto oto-laringologica tasc. V. vol. 28, 1940, pag. 488.

Toţi cei patru pacienţi operaţi au suferit metode intervenţioniste diferite. Doui au fost operaţi într'o singură şedinţă, iar ceilalţi doi în câte două şedinţe operatorii.

La primul bolnav s'a practicat o fistulă de 3 mm. în canalul semicircular posterior după ce în prealabil într'o şedinţă ulterioară i s'a practicat o radicală conservatoare. Un preparat conţinând un miligram radium, a fost aşezat pe un mic tampon la nivelul fistulei.

La al doilea pacient s'a practicat aceeaşi intervenţie într'un timp. Radium în cantitate de 1/4 mmgr. a fost lăsat într'un amestec de celofan şi parafină două săptămâni la nivelul fistulei creiate (2 mm.). In celelalte intervenţiuni nu s'a utilizat radium. In toate cazurile s'a obţinut o ameliorare a auzului care este evidentă pentru fiecare în parte. Intr'un caz Ut_2 auzit pe cale aeriană înainte 25″ este auzit după operaţiune 45″, iar vocea de conversaţie ameliorându-se la audiţie dela 0 6 m. înaintea operaţiei la 3 m. după intervenţie. Rezultatele au fost controlate la patru şi treisprezece luni dela intervenţie.

Câteva din riscurile cateterismului trompei lui Eustache. (Some of the risks associeted with catheterization of the Eustachian tube) de *Ramberg*. Acta oto-laringologica fssc. 5 vol. XXVIII 1940, pag. 482.

Cateterismul trompei este o artă care cere o practică mare şi o mână uşoară. Nu trebue să uităm că această metodă poate fi însoţită în practică de unele riscuri. Autorul lasă la o parte infecţiile urechii mijlocii propagate prin cateterism dela o infecţie rino-faringiană şi se ocupă de emfizemul traumatic şi embolia aeriană datorită insuflaţiei, acest ultim accident fiind semnalat a fi fost însoţit şi de cazuri mortale. Cauzele emfizemului şi emboliei aeriene ar fi insuflaţiile violente, leziunile mucoasei rino-faringiene prin prezenţa unei tumori maligne, prin prezenţa diverticului Kirschner care se deschide în trompa, prin prezenţa unor vegetaţii adenoide anormal desvoltate la nivelul fostei lui Rosenmüller. Se descrie cazul unui bolnav care dela prima compresiune insuflanta făcea un emfizem retro-mandibular. Era vorba de un

neoplasm tubo-faringian găsit la explorarea rino-scopică. *Schwartze* a observat emfizeme întinse în regiunea toracică şi a membrului superior corespunzător, însoţite de turburări respiratorii. Un alt caz descris de autor arată posibilitatea unui colaps însoţit de fenomene cerebrale după insuflaţie. Bolnavul căzu de pe scaun prezentând toate semnele unui pacient în agonie cu deviaţie conjugată a ochilor revenindu-şi numai după 6 ore. In astfel de împrejurări poate fi vorba de embolii în interiorul marei circulaţiuni. Oricare ar fi obiecţiunile care pot fi făcute asupra diagnosticului, faptul ca astfel de accidente grave pot apare în împrejurări socotite obişnuit inofensive, trebue să atragă atenţia tuturor specialiştilor căci toţi utilizează în practica lor metoda insuflaţiilor tubare.

Profesor *Buzoianu*

*

NEURO-PSICHIATRIE

Cardiazoltherapia prin doze vertiginoase şi neconvulsivante de *M. Roger, Dupoy* şi *D-ra Micucci.* (Ann. Med. Psych. Janvier 1940

Majoritatea autorilor care practică terapia prin şocuri cu cardiazol, recomandă ca doza de cardiazol întrebuinţată să fie suficientă pentru a declanşa o criză convulsivă, înlăturând astfel manifestaţiunile anxioase şi penibile, de care se plâng bolnavii care nu intră în şoc.

Autorii acestui articol cercetează tocmai aceste crize avortive (nereuşite). Cantitatea de cardiazol injectat e de 2½—3 cmc. şi se obţine un „vertij cardiazolic". Rezultatele obţinute prin această metodă de „vertij cardiazolic" sunt date ca fiind încurajatoare şi autorii, cu titlu documentar, descriu 3 cazuri ameliorate.

Cardiazoltherapia, în doze vertiginoase ar putea fi mai eficace decât cea prin doze convulsivante, este mai bine tolerată de bolnavi, înlătură angoaza dureroasă, cefaleea persistentă, micările febrile secundare şi evită accidentele; ca luxaţiuni, fracturi sau rupturi musculare.

Acest procedeu s'a aplicat mai ales în cazurile unde nu era indicată metoda coovulsivantă. Metoda se poate aplica şi ambulator.

Dr Ioan Şerbu

Două medicamente noi în tratamentul epilepsiei. (Deux medicament nouveaux dans le traitement de l'épilepsie) de *H. Schaeffer.* Paris Medical Nr. 24—25, 1940, pag. 293.

Autorul relatează asupra rezultatelor recente, obţinute de către autorii americani în tratamentul epilepsiei cu două noi medicamente : difenil hydantoinat de sodiu şi derivatele roşului neutru.

Difenil hidantoinatul de sodiu sau difenilhidantoina este un derivat de glicolilureе şi se apropie de barbiturice. A fost utilizat în 200 cazuri de epilepsie de către *Houston Meritt* şi *Tracy Putnam.* Dozele de medicament administrate la adult au variat între 0.20 şi 0.60 grame pe zi, luată în trei reprize, după toleranţa individului şi a efectului terapeutic obţinut. Doza va fi încet progresivă. La copii 0.20 până la 0.40 gr. pe zi în doză fracţionată. Medicamentul în general este bine suportat, însă el poate produce şi accidente toxice. Unele din aceste accidente sunt benigne: vertijuri, tremurături, ataxie, turburări de vedere, greaţă. Scăderea dozei face să dispară repede aceste turburări. Alte accidente sunt mai serioase, cum sunt erupţiunile cutanate şi purpura, însă acestea sunt excepţionale. In general se obţin rezultate mulţumitoare, totuşi autorul recomandă, că acest nou medicament să fie aplicat numai în cazurile, unde nu s'a înregistrat niciun rezultat cu medicamentele de până acum.

A doua categorie de substanţe anticonvulsivante utilizate derivaţii roşului neutru : roşu vital şi neoprontosilul. Roşul briant vital se utilizează în soluţie 1% în injecţii intravenoase, în doze de 10—20 cc. până la 20—40 cc. de două-patru ori pe săptămână. Neoprontosilul se utilizează pe cale bucală în doze progresive dela 1.95 până la 9.75 gr. pe zi. Rezultatele obţinute cu ambii aceşti doi coloranţi sunt satisfăcătoare, totuşi ei sunt produşi toxici şi încă dozajul lor nu este bine pus la punct.

Dr. I. Gavrilă

Tratamentul sclerozei multiple. (Die Behandlung der multiplen Sklerose.) de *G. Voss* (Düsseldorf). Fortschritte der Terapie, 16 Jahrg Juli, 1940, H. 16.

In ceeace priveşte tratamentul, autorul nu recomandă malaterapia, nici Pyriferul (având un caz mortal). Tratamentul salvarsanic nu i-a adus decât o singură vindecare, un alt caz prezentând în urma tratamentului o nevrită arsenicală. Cu Antimosan şi Faudin a obţinut rezultate mulţumitoare. Au fost utilizate pe o scară întinsă preparatele de aur — Solganal şi Solganal Bioleosum — care în unele cazuri au condus la ameliorări evidentă. Aurul trebueşte administrat cu precauţie, pentrucă autorul a observat turburări din partea cordului, chiar după doze minime de 0.005 gr. Oppenheim a introdus argintul de terapeutica sclerozei multiple sub formă de Collargol — Credé (uncţiuni). Autorul recomandă procedeul şi crede că rezultatele ar fi datorite şi faptului că este un procedeu mecanic. Alt preparat recomandabil este Neurosmona şi Promonta, combinate su strichnină. Autorul crede de asemenea în vechiul tratament cu Fibrolysin. După enumerarea şi clasificarea vechilor procedee, Voss desvoltă mai pe larg, recent aplicata seroterapie. In 1925 Laignel — Lavastine şi Koressios au preparat un ser, pe care-l considerau ca specific în scleroza multiplă. Este un ser de iepure, care a fost injectat cu lichid cef. rach. recoltat dela bolnavii cu scleroză multiplă Autorul dădea în statistica sa vindecări funcţionale în 10% a cazurilor. Doze mari de ser pot fi mortale. Ulterior s'a încercet de către Koressios tratamentul cu ser hemolitic — tratament care nu a dat rezultate. O altă metodă tot cu ser a fost inaugurată de Stransky, care trata bolnavii cu ser de om sănătos, presupunând că cei care au ajuns vârsta adultă şi n'au făcut boala, ar imuni. Autorul a reluat metoda utilizării serului, dar a lucrat cu „Homoseran-Asid", ser preparat din sângele placentar al femeilor sănătoase. Autorul recomandă acest ser ca cel mai eficace, subliniind şi faptul că este cu totul nepericulos. In ceea ce priveşte tratamentul cu vitamină B nu a obţinut niciun rezultat. Francezii recomandă chinina (3 ori 0,1—0,25 gr. pe zi), iar Pette utilizează pyramidonul. Tratamentul fizical, hidroterapeutic şi electric nu au dus la niciun rezultat. Este de recomandat mai ales în formele acute repausul sub forma clinoterapiei, cu durată de mai multe săptămâni. Deci un tratament specific al sclerozei multiple neexistând, repausul şi preparatele de aur sunt a se recomanda, rămânând să avem speranţe în viitorul seroterapiei.

Dr. Emil I. Bologa

*

DERMATOLOGIE

Framboesia, Sifilisul şi Lepra. (Framboesie, Syphilis und Lepra) de *Dr. O. Melikian. Täbris (Iran).* Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 22, 1940, pag. 589.

Pentru a ilustra cât mai bine asemănarea din punct de vedere clinic, bacteriologic, patologic şi epidemiologic a framboesiei cu sifilisul, autorul reproduce un tablou comparativ din cartea lui C. M. Hasselmann: „Zur Klinik, Symptomatologie und Loimologie von Framboesie und Syphilis".

Din comparaţia acestui tablou rezultă, că framboesia este esenţialmente o afecţiune cutanată, iar sifilisul o infecţiune ce poate interesa toate ţesuturile corpului nostru. Ambele infecţiuni sunt produse de treponemi diferiţi, însă f. apropiaţi. Reacţiunile serologice în ambele boli sunt identice şi ambele reacţionează prompt la tratamentul cu Neosalvarsan şi Bismut.

Din punct de vedere al evoluţiei clinice găsim însă deosebiri importante: Dela focarul primar de framboezie procesul pa-

tologic progresează prin contignitate la periostul nasului, palatului dur şi vomerului, pe când în infecţiunea sifilitică alteraţiunile osoase (gomele) se produc din interior şi numai ulterior interesează ţesuturile cutanate.

In antichitate, când diagnosticul diferenţial între framboesie, sifilis şi lepră nu există foarte uşor se făceau confuziunile referitor la aceste afecţiuni, fiind una etichetată drept alta Despre uşurătatea cu care se pot face aceste confuziuni nu numai în antichitate, dar şi în prezent este foarte concludentă istorisirea pe care o face autorul: In Persia de Nord un sat Sarfa Dora era proscris ca fiind plin de lepră, ori spre marea surprindere la examinarea locuitorilor s'a constatat că toţi erau sifilitici.

Contribuţiuni la problema reacţiunilor luetice pozitive nespecifice în lepră. (Beitrag zur Frage der unspezifisch positiven Luesreaktionen bei Lepra). De *Dr M. I. Oberdoerfer — Chieng—Mai Leper Asylum Siana.* Dermatologische Wochenschrift. Nr. 37—1940, pag. 794.

Autorul expune rezultatul cercetărilor făcute prin reacţiile Kohn, Formol-gel şi viteza de sedimentare la un număr de 451 seruri de leproşi, din Leprozeria Chieng-Mai din Siam. Printre aceste 451 de cazuri de lepră, autorul a stabilit următoarele forme ale bolii : 1. Forme nervoase precoce ; 2. Forme nervoase înaintate ; 3. Forme lepromatoase recente şi 4. Forme lepromatoase învechite.

Făcând o împărţire a bolnavilor pe cele patru categorii ale afecţiunii, stabilite mai sus, autorul dă următorul tablou: 1. 62 de cazuri N1 (forme nervoase recente) 2. 142 N2 (forme nervoase înaintate) 3. 75 L1 (forme lepromatoase recente) 4 172 L2 (forme lepromatoase înaintate).

Reacţiunea Kahn pozitivă, repartizată pe aceste forme, adoptate de autor în clasificare, a dat următoarele procente: 1. In formele N1, 8,1% pozitive ; 2. In formele N2, 9,2% pozitive ; 3. In formele L1, 6,6% pozitive ; 4. In formele L2, 19,2% pozitive.

Repartizată pe sex, această pozitivitate a Reacţiei Kohn, din totalul de 352 de bărbaţi şi 99 de femei, procentul a fost următorul: bărbaţi 12,9% şi femei 11,1%.

Formol-gel testul în lepră n'ar avea decât o importanţă redusă. Totdeauna când reacţia formol-gel a fost pozitivă, viteza de sedimentare a sângelui a fost mărită.

Experienţele unui plan de lucru de cinci ani în combaterea lupusului în Ţinutul Düsseldorf. (Erfahrungen einer fünfjährigen Planarbeit der Lupusbekämpfung im Regierungsbezirk Düsseldorf). De *Prof Hans Theo Schreuss* şi *Docent Dr. Albin Proppe.* Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 15, 1940, pag. 410.

Autorii expun observaţiunile culese de ei pe o perioadă de 5 ani, de când conduc combaterea tuberculozei cutanate în districtul Düsseldorf, după noua lege din 1933. Cu toate bunele rezultate obţinute dela instituirea programului sanitar naţional-socialist în Germania, cu toate acestea realizările acestui vast program sanitar nefiind decât la început, autorii îşi permit să facă unele consideraţiuni critice, referitoare la datele obţinute de ei şi să facă unele propuneri concrete pentru viitor:

a) Controlul asupra depistării tuturor cazurilor de lupus din perioada de debut;

b) Inlăturarea greutăţilor terapeutice ;

c) Studiul degenerărilor carcinomatoase ;

d) Raporturile lupusului cu evoluţia altor forme de tuberculoză.

Toate acestea constituesc probleme de o capitală importanţă, în combaterea raţională şi eficace a tuberculozei cutanate.

Dr. Liviu Modran

Note şi Informaţiuni

— 1. Prin Decretul Nr. 825 din 26 Martie 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 78 bis. din 1 Aprilie 1941, s'a făcut următoarea mişcare în corpul medical din serviciile pendinte de Ministerul M. S. O. S.:

D-l Dr. Cighi Ioan, actual medic stagiar al circ. Bistra, jud. Cluj—Turda, se transferă, în aceeaşi calitate, la circ. Vârfurile, jud. Arad;

D-l Dr. Bălaşiu Aurel, actual medic definitiv al circ. Biharia, jud. Bihor, se transferă definitiv la circ. Finiş, acelaşi judeţ;

D-na Dr. Guga Gropa Curbet Veveia, actual medic definitiv al circ. Soleşti, jud. Vaslui, se transferă, definitiv la circ. Prigor, jud. Caraş;

D-na Dr. Poruţiu Călăguţă Natalia, actual medic stagiar al circ. Mănăstireni, jud. Cluj—Turda, se transferă, în aceiaşi calitate, la circ. Iara II, acelaş judeţ;

D-l Dr. Tămăşdat Silviu, actual medic definitiv al circ. Slatina-Timişului, jud. Severin, se transferă definitiv la circ. Finiş, jud. Timiş;

D-l Dr. Mărgineanu A. Traian, actual medic stagiar al circ. Pietroasa, jud. Bihor, se transferă în aceeaşi calitate, la circ. Şiştarovăţ, jud. Timiş;

D l Dr. Matei Ioan, actual medic stagiar al circ. Secaş, jud. Timiş, se transferă în aceeaşi calitate, la circ. Herniacova, jud. Timiş;

D-l Dr. Florian Ioan, fost medic director definitiv al Centrului pentru ocrotirea copiilor din Tg.-Mureş, actualmente repartizat la Centru pentru ocrotirea copiilor din Craiova, se repartizează definitiv, cu post cu tot, ca medic primar director al Preventoriului Sâncrai, jud. Alba.

— Prin Decizia Ministerială Nr. 179.404 din 28 Martie 1941, publicată în Mon. Of. Nr. 82 din 5 Aprilie 1941, D-l Dr. Ilea Vasile, medic primar la Spitalul din Lugoj, se numeşte, pe data prezentei deciziuni, director al acelui spital, în baza dispoziţiunilor art. 133 din legea pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrot. Soc, în locul d-lui Dr. Gh. Iamandi, căruia i-a expirat termenul de director al spitalului.

— In baza dispoziţiunilor decretelor-legi Nr. 3052 din 5 Sept. 1940 şi Nr. 3072 din 7 Sept. 1940, s'a făcut următoarea mişcare în personalul medical pen-

dinte de Ministerul M. S. O. S.: Mon. Of. Nr. 83 din 7 Aprilie 1941.

Se revine asupra transferării d-lui Dr. Vasilescu Haralamb la Serviciul Sanitar al Municipiului Bucureşti, d-sa urmând a rămâne mai departe definitiv ca medic primar de psihiatrie la Ambulatorul Policlinic din Sibiu;

D-l Dr. Sigismund Pop, fost medic primar al jud. Maramureş, se repartizează definitiv, ca medic primar al judeţului Vaslui;

D-l Dr. Pop Vasile, fost medic definitiv al circ. Sâncrai, jud. Mureş, se transferă definitiv la circ. Şugag, jud. Alba;

D-l Dr. Armeanu Virgil, fost medic stagiar de circ., se reprimeşte în aceeaşi calitate la circ. Alămor, jud. Sibiu;

D-l Dr. Scorpan Aurelian, actual medic definitiv al circ. Vârtoapele din jud. Teleorman, se transferă definitiv, la circ. Doştat, jud. Sibiu;

D-l Dr. Stanciu Vasile, fost medic definitiv al Ambulatorului din Sf. Gheorghe, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Herman, din jud. Braşov.

— Prin Decizia Ministerială Nr. 7215 din 17 Aprilie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 93 din 18 Aprilie 1941, d-l Dr. Octavian Puşcariu, inspector general sanitar în ad-ţia centrală a Ministerului, a fost delegat director al personalului şi secretariatului.

— In Monitorul Oficial Nr. 90 din 15 Aprilie 1941, au fost publicate vacante posturile de medici primari ai judeţelor: Braşov, Buzău, Mehedinţi şi Rădăuţi.

D-nii medici care întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului, în termen de 30 zile dela inserarea prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial.

— Prin Decizia Mieisterială Nr. 6060 din 17 Aprilie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 101 bis din 2 Mai 1941, d-l Dr. Slavu Ioan, medic cu 5 gradaţii la Casa Asigurărilor Sociale Sibiu, a fost pus definitiv în retragere, pe data de 1 Septemvrie 1940.

— In Monitorul Oficial Nr. 106 din 7 Aprilie 1941, s'a publicat vacant un post de medic primar pentru consultaţii medicale la spitalul Colţea.

D-nii medici care întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa acest loc, vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela inserarea prezentei publicaţii în Monitorul Oficial.

— In Monitorul Oficial Nr. 111 din 13 Maiu 1941, a fost publicat vacant postul de medic primar al Maternităţii din Bacău.

D-nii medici care întrunesc condiţiunile cerute de lege şi doresc a ocupa acest post, vor face cereri Ministerului, în termen de 30 zile dela apariţia prezentei publicaţii în Monitorul Oficial.

— In Monitorul Oficial Nr. 112 din 14 Maiu 1941, a fost publicat vacant postul de director medical al Staţiunii Băilor Herculane.

D nii medici care întrunesc condiţiunile cerute de lege şi doresc a ocupa acest post, vor face cereri Ministerului, în termen de 30 zile dela apariţia prezentei publicaţii în Monitorul Oficial.

— Prin Decizia Ministerială Nr. 177.473 din 24 Martie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 76 din 30 Martie 1941, au fost confirmaţi, pe timp de 4 ani, în compunerea Consiliului, de Igienă şi ocrotire socială al judeţului Târnava-Mare, următorii membri:

1. D-l Dr. Ioan Prodan, medic primar al jud. Tr.-Mare, în calitate de vice-preşedinte.

2. D-l Dr. Lupşa I., în calitate de medic veterinar şef al judeţului.

3. D-l inginer Ioan Muntean, inginerul şef al judeţului Tr.-Mare.

— In Monitorul Oficial Nr. 98 din 28 Aprilie 1941, au fost publicate următoarele numiri în Eforiile Sanitare Locale şi de ocrotire Socială ale judeţelor şi municipiilor arătate mai jos, pe termen de 4 ani, în conformitate cu art. 145 din Decretul-Lege pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrot. Soc. din 20 Nov. 1939.

Jud. Alba:

D-l Colonel Tarţa Alexandru, prefectul judeţului, preşedinte.

Jud. Braşov:

D-l Col. Vrânceanu Gheorghe, prefect al judeţului, preşedinte.

Jud. Făgăraş:

D-l Col. Andreescu C. Mihail, prefect al judeţului, preşedinte.

D-na Virginia Col. Andreescu C. Mihail, preşedinta Societăţii „Crucea Roşie" Făgăraş, membră.

Jud. Sibiu:

D-l Col. Rădulescu Darie, prefectul judeţului, preşedinte.

D-l Dr. Oprean Octavian, medic primar al judeţului, vicepreşedinte.

D-l Docent Dr. Filipescu Octavian, medic primar director al Spitalului public Sibiu, membru.

D-l Dr. Sturza Ioan, medic-şef al Municipiului Sibiu, membru.

D-l Dr. Suroiu Ioan, medic-şef al Asigurărilor Sociale Sibiu, membru.

D-na Col. Savu Eugenia, reprezentanta Societăţii de ocrotire Sibiu, membră.

Jud. Târnava-Mare:

D-l Col. Antochi Gh. Traian, prefect al judeţului, preşedinte.

Jud. Târnava-Mică:

D-l Col. Anghelian C. Petre, prefect al județului, președinte.

Municipiul Brașov:

D-l Dr. Gologan Nicolae, primar al municipiului, președinte.

Municipiul Sibiu:

D-l Dr. Suroiu Ioan, medic-șef al Asigurărilor Sociale, membru.

— Prin Decizia Ministerială Nr. 8009 din 25 Aprilie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 101 bis din 2 Mai 1941, au fost numiți și confirmați, pe timp de 4 ani, în compunerea Consiliului de Igienă și ocrotire Socială al Municipiului Alba-Iulia, următorii membrii:

1. D-l Dr. Dumitru Bogdan, primarul municipiului, președinte.

2. D-l Dr. Coriolan Cotuțiu, medicul șef al Asigurărilor Sociale.

Diverse

— Prin Decretul-Lege Nr. 724 din 19 Martie 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 67 (Partea I.) din 20 Martie 1941, personalul administrativ și tehnic al Asigurărilor Sociale a fost încadrat în grupurile de salarizare stabilite de Codul funcționarilor publici.

— Prin Decizia Nr. 177.478 din 24 Martie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 76 din 30 Martie 1941, a fost instituită următoarea comisie, pentru punerea la punct a proiectului de Regulament al industriilor insalubre:

1. D-l Dr. Cantemir Anghelescu, directorul igienei sociale.

2. D-l Dr. Petre Vlad, inspector sanitar central.

3. D-l Dr. Eugen Răsmeriță, medicul Institutului de Igienă.

4. D-l Dr. Leon Prodan, medicul șef al Municipiului București.

5. D-l Dr. Octavian Lupu, șeful Serviciului igienei industriale.

6. D-na Ana Raicea, secretara comisiunii.

— In Monitorul Oficial Nr. 86 din 10 Aprilie 1941, a fost publicat Decretul-lege pentru înființarea și organizarea consiliului de patronaj al operelor sociale.

— In Monitorul Oficial Nr. 68 (Partea I.) din 21 Martie 1941, sunt publicate avantajele de care se bucură în Stațiunile balneare ale Statului funcționari publici și persoanele lipsite de mijloace. Medicii și familiile lor (soție și copii minori) vor beneficia de o reducere de 50% asupra tarifului de cameră în orice timp și la orice hotel din Stațiunile statului precum și de gratuitatea băilor.

— In Monitorul Oficial Nr. 86 din 12 Aprilie 1941, a fost publicat noua clasare a localităților pe categorii de salarizare cu începere dela 1 Aprilie 1941.

— In Monitorul Oficial Nr. 95 din 24 Aprilie 1941 s'a publicat Deciziunea Consiliului de Miniștri din ședința dela 26 Martie 1941, prin care Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, se autorizează ca în baza art. 88 din legea asupra contabilității publice și prin intermediul unei Comisiuni, care va fi formată din atașatul Comercial al României din Berlin și din doi membri ce vor fi numiți prin decizia ministerială de către Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, să procure de pe piața germană, prin bună învoială, direct dela fabricanți, depozitari sau mari angrosiști, medicamente și instrumente în limita sumei de Lei 90 000.000.

— In Monitorul Oficial Nr. 102 din 3 Mai 1941, s'a publicat Decretul-Lege privitor la schimbarea numelui orașului nereședință de județ Diciosânmartin, în acela de „Târnăveni".

— In Monitorul Oficial Nr. 104 din 5 Mai 1941, s'au publicat condițiunile pentru admiterea la examenul de capacitate pentru obținerea titlului de cosmetician, care se va ține în București și care s'a fixat în ziua de 10 Iulie 1941.

— In Monitorul Oficial Nr. 113 din 15 Mai 1941, a fost publicat Regulamentul pentru abrogarea art. 8 din Regulamentul pentru recrutarea medicilor secundari de spitale, publicat în Monitorul Oficial Nr. 49 din 27 Februarie 1935.

— In 14 Martie a. c. D-l Conferențiar C. Velluda a început cu studenți an I. și II., un ciclu de Conferințe de Biologie. — Conferințele ținute în fiecare Vineri dela orele 11—12, în Amfiteatrul Localului Dragalina, au fost: 1. Biologia ca disciplină de cultură și educație medicală; 2. Oamenii fosili; 3. Evoluția biologică a femeii; 4. Frumosul anatomic; 5. Viitorul Biologic al omenirii; 6. Din evoluția Anatomiei; 7. Cum se învăța Anatomia altădată.

Acest ciclu de conferințe a fost închis Vineri 9 Mai. — La aceste conferințe au participat și studenți din alți ani de studii, dela alte facultăți, ca și persoane particulare.

ERATĂ. La pagina 144, coloana 2-a, rândul 4 de sus, în loc de (cu zile de ovulație), a se citi (crizele de ovulație).

CHLORO-CALCION

Laboratoires MICHELS – 4 bis, rue du Colonel Moll, PARIS.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT

ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚI - VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3

Redacționale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 8 pagini de revistă. Costul tiparului peste 8 pagini va fi suportat de autor.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelor privește pe autori.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 400. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, str. Haller 1.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

1	pagină	odată	3.000,	3 ori	8.000,	6 ori	15.000,	12 ori 25.000 Lei
1/2	„	„	2.000,	„	5.000,	„	8.000,	„ 15.000 „
1/4	„	„	1.200,	„	3.000,	„	5.000,	„ 8.000 „
1/8	„	„	800,	„	2.000,	„	3.000,	„ 5.000 „

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%

SAWEDRINE

Efedrină levógiră

TERAPEUTICĂ ANTIALERGICĂ

ASTM

RINITE SPASMODICE
BRONŞITE CRONICE

URTICARIE

PRURIT, MIGRENELE
HEPATO-BILIARILOR

PREVENIREA
ACCIDENTELOR SERICE
HIPOTENSIUNE
POST-OPERATORIE
ASTENII
POST-INFECŢIOASE
Comprimate de 0,025 gr.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS

Propaganda Medicală: „SPECIA", Strada Anastasie Simu 6. — Bucureşti.

Anul I. Nr. 6. Iunie 1941.

ASOCIAȚIUNEA CENTRALĂ SIBIIU

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu Inspectoratului General Sanitar Sibiu şi al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:
Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacţie:
Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACŢIE:
Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. I. Drăgoiu, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Haţieganu, Dr. L. Ionaşiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiţia, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Ţeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj—Sibiu, str. Haller Nr. 1
Telefon 45

SUMARUL:

Prof. Dr. Victor Papilian: † Profesorul Ion Drăgoiu, 1878—1941 . . . . . Pag. 149

Articole ştiinţifice:

C. I. Parhon: Rolul secreţiunilor interne în vieaţa embrionară şi foetală. Endocrinologia prenatală . . . . . „ 150

Dr. Radu Petru şi Dr. Gligore Viorel: Consideraţiuni anatomo-clinice asupra cancerului primitiv al canalului hepatic în legătură cu un caz . . . . . „ 158

Conf. Dr. I. Gavrilă şi Dr. Gh. Faur: Consideraţiuni asupra cazurilor de boli infecto-contagioase internate în serviciul de boli contagioase al Spitalului Public din Sibiu în cursul anului 1940 . . . . . „ 163

Probleme terapeutice:

Profesor Dr. Cristea Grigoriu şi Dr. I. Petrescu: Hormonul mamar şi utilizarea lui în clinică . . . . . „ 165

Dr. V. Cenariu: Procedeurile Credé şi Schultze . . . . . „ 170

Probleme de drept medical:

Prof. M. Kernbach: Deontologia medicală codificată . . . . . „ 172

Probleme sanitare şi de ocrotire:

Agregat Dr. M. Zolog: Instituţii şi personal medical şi sanitar necesar pentru mediul nostru rural . . . . . „ 178

Dr. Oct. Oprean: Programul de activitate al medicilor de circumscripţie rurală . . . „ 185

Societăţi medicale . . . . . „ 188

Revista cărţilor . . . . . „ 189

Revista revistelor . . . . . „ 192

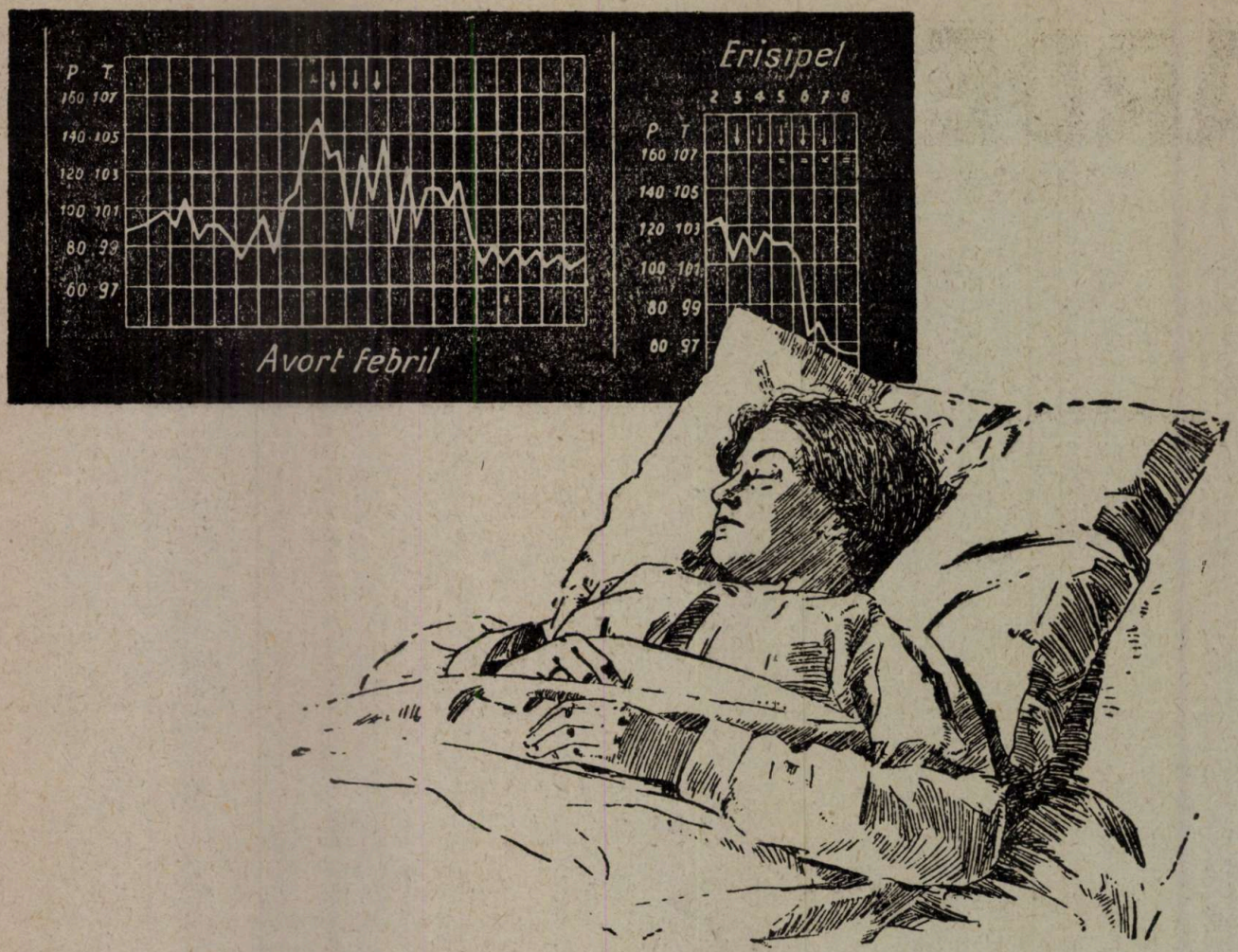
Note şi informaţiuni . . . . . „ 199

L. Daniello: † Doctorul Eugen Russu . . . . . „ 201

Dr. A. Ciplea: † Dr. Vasile Magda . . . . . „ 202

Bibliografie . . . . . „ 203

Inscrisă la Tribunalul Sibiu, Secţia II-a, sub Nr. Fl. 47/1941. — Tipografia „DACIA TRAIANĂ“ S. A., Sibiu



Prontosil

In toate Infecţiunile streptococice. Activ şi în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti I., Str. Brezoianu 53. Telefon: 3-92.86.

Anul I. Iunie 1941 Nr. 6

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

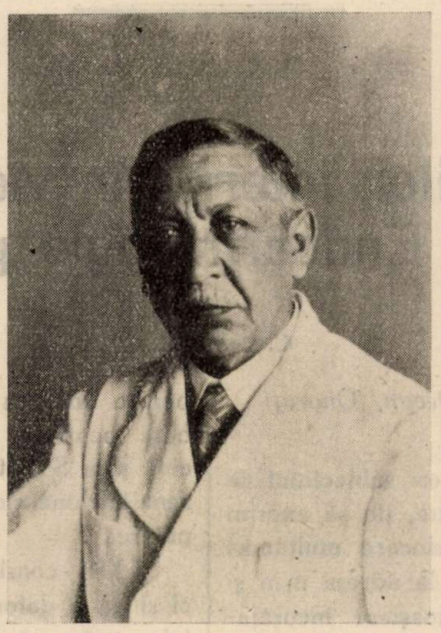
ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

PROFESORUL ION DRĂGOIU

1878-1941

Incă unul din vechea gardă a profesorilor clujeni, care în serviciul comandat al ţării şi al Universităţii clujene şi-a jertfit vieaţa fără nici o precupeţire pentru datorie. După tragica moarte a lui Ion Minea, iat-o pe cea năpraznică a lui Ion Drăgoiu. Şi unul şi celălalt răpuşi în plină roadă a vârstei, în plină vigoare spirituală. Dar şi unul şi celălalt loviţi pe furiş, tâlhăreşte de acea durere iremediabilă, care mai insiduos decât tuberculoza şi mai implacabil decât cancerul, atacă inima celor prea simţitori, durere pe care cu toţii o cunoaştem şi care are acea obârşie în pierderea Clujului şi în refugiu.



† PROFESORUL ION DRĂGOIU

Ion Drăgoiu a murit la datorie. In pofida durerilor fizice, în pofida suferinţelor sufleteşti, el a continuat să-şi facă datoria aşa cum numai adevăraţii savanţi sunt în stare, senin, liniştit, cumpătat, impunând sufletului veşnic în zbucium, o puternică stăpânire de sine. Dar această luptă biruitoare pentru obşte a fost fatală pentru om. Căci numai cine a trăit în intimitatea lui a cunoscut formidabila energie desfăşurată de acest om în aparenţă atât de liniştit întru dobândirea unui temperament egal şi cât de mare a trebuit să fie uzura lui trupească întru păstrarea acestui comportament estetic chiar în împrejurările cele mai urâte ale vieţii, comportament care i-a dat nobleţă filozofică şi un eroism regesc în toate acţiunile lui.

Şi în această victorie el nu a avut decât idealul universitar pe care voia să-l slujească din toate puterile, şi alt sprijin decât dragostea de ştiinţe, nedespărţita şi credincioasa tovarăşă a savanţilor. Ion Drăgoiu a fost un savant în adevărata accepţiune a cuvântului. Lucrările lui, fără să fie într'un număr cantitativ impresionant, sunt însă de cea mai aleasă calitate. Tot ce interesează structura microscopică a fiinţelor vii nu i-a fost indiferent. Istologie, istogeneză l-au preocupat deopotrivă.

In istologie el a studiat în special fibra musculară, stabilind raportul dintre elementele elastice şi contractile, atât în fibra striată cât şi în cea netedă şi cardiacă, apoi rolul ţesutului elastic în miocard, dispoziţiunea ţesutului conjunctiv în inima broaştelor, structura capilarelor aeriene în fibra musculară a insectelor, raportul dintre fibra musculară striată şi tracheiele aeriene. In istogeneză sunt azi clasice lucrările lui asupra desvoltării plămânului. A studiat desvoltarea canalelor aeriene şi histogeneza epiteliului pulmonar, creşterea plămânului foetal şi variaţiile concomitente ale compoziţiunei.

In histofiziologie a arătat diferitele aspecte ale celulei hepatice la mormolocul de broască, influenţa presiunei osmotice în oprirea diviziunii celulare, rolul Ph-ului în oprirea desvoltării oului de ursin şi mai ales fenomenele provocate în structura organelor printr'o alimentaţie tiroidiană.

In microchimie el a studiat reacţiile celulelor epiteliale pulmonare, influenţa acizilor aminaţi asupra creşterii vegetalelor, acţiunea pentozelor asupra epiteliului secretor, iar în medicina experimentală a arătat aspectele istologice ale plămânului în diabetul experimental.

Ca profesor Ion Drăgoiu aducea în cursurile sale acea luciditate specifică omului stăpân pe ştiinţa şi

meseria sa, căci regretatul nostru dispărut a fost nu numai un erudit şi un didact, dar mai cu seamă un technician neîntrecut, ducând operaţiile istologice până la maximum de detaliere technică şi scoţând din preparatele microscopice bijuterii decorative, cu rezonanţe de emoţiuni estetice înafară de folosul practic. Spiritul său didactic se vederează mai ales în minunatul Tratat de Istologie şi Technică Microscopică, lucrare premiată de Academie pe bună dreptate, în care într'o formă succintă se găsesc toate noţiunile indispensabile atât tânărului student cât şi viitorului medic.

Ca şef de şcoală el a imprimat un spirit de ordine şi de precizie dus până la meticulozitate, spirit cerut şi impus de unealta istologică, microscopul, iar ca gânditor el da verdicte cu greutate şi elabora concluziuni după multe şi minuţioase reflecţiuni.

Acelaşi spirit de ordine, de documentare şi de cinste l-a condus în toate acţiunile lui şi în acelea de gospodărie a Institutului, a Facultăţii al cărui decan a fost în două rânduri şi în calitatea ultimă, acea de prorector. Dar nu-l putem uita noi colegii în calitate de prieten şi de coleg. Avea o eleganţă de comportare şi o bunăvoinţă în relaţiile sociale, care l apropia numaidecât ca prieten.

Moartea lui Drăgoiu este o mare pierdere pentru întreaga facultate, pentru studenţime şi pentru ştiinţa întreagă. In numele Universităţii Clujene mutată în Sibiu mă simt obligat a deplânge această prematură despărţire şi a aduce tuturor colegilor, elevilor şi întregei intelectualităţi care l-a iubit şi înţeles, regretele Instituţiunei.

Dar dacă pentru noi amintirea vieţii lui străluceşte cu modestia ei, ea face de azi parte din zestrea cea mai scumpă pentru un om, a amintirilor, aşa dar ca şi pentru toţi studenţii şi elevii lui, figura regretatului Drăgoiu se înalţă ca un simbol al solidarităţii, al muncii devotate şi al corectitudinei desăvârşite pusă în serviciul obştei, al ţării şi al Universităţii.

Fie-i amintirea veşnică!

Prof. Dr. Victor Papilian

Articole ştiinţifice

Rolul secreţiunilor interne în viaţa embrionară şi foetală. Endocrinologia prenatală.*)

de

C. I. Parhon

Domnule Rector, Domnule Decan, Onoraţi Colegi, Iubiţi Studenţi,

Inainte de a intra în dezvoltarea subiectului ce doresc a trata înaintea Domniilor voastre, ţin să exprim Domnului Decan Papilian, cele mai sincere mulţumiri pentru cuvintele binevoitoare rostite la adresa mea şi care reprezintă pentru mine o recunoaştere încurajatoare a muncii mele de până acum şi un stimul pentru viitor atâta cât voi mai avea de trăit.

Nu-mi fac însă nici un merit din această muncă pe care am depus-o conform unei structuri sufleteşti înnăscută şi în care dragostea de natură şi deci dorinţa de a o cunoaşte şi a o înţelege a avut rolul esenţial.

Ţin de asemeni să mulţumesc Domnului pro-rector al Universităţii prof. Dr. I. Drăgoiu, pentru deosebita onoare ce-mi face de a asista la această conferinţă şi Domnilor Membrii ai Consiliului Profesoral al Facultăţii de Medicină precum şi Domnului Preşedinte al Societăţii Ştiinţelor Medicale, Prof. Cristea Grigoriu pentru onoarea ce mi-a făcut de a mă invita să vorbesc pentru a 2-a oară în incinta Facultăţii de Medicină şi a Societăţilor medicale Ardelene reunite în prezent într'una singură, conform principiului „Unirea face puterea".

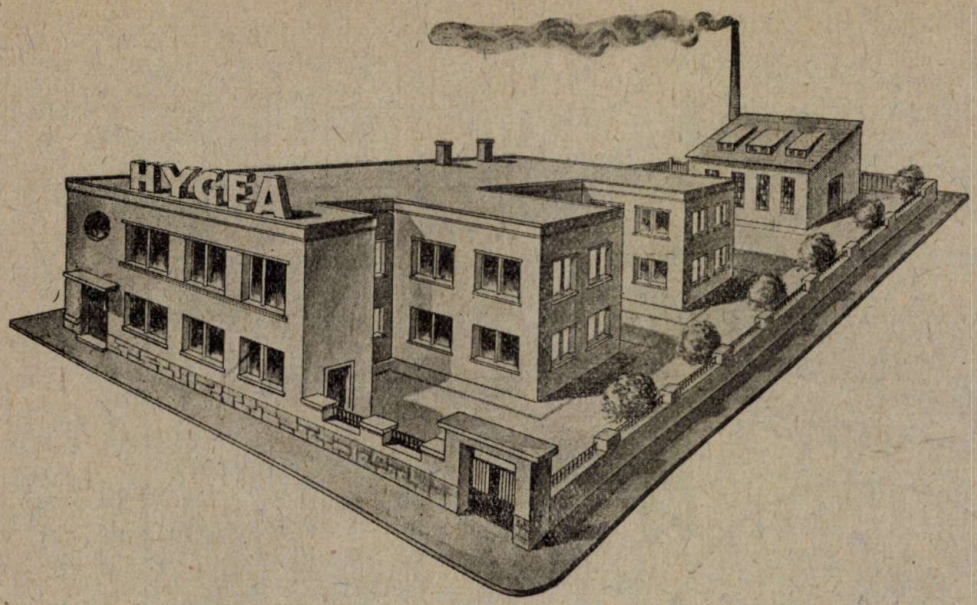
Am considerat pentru mine nu numai o onoare ci şi ca o datorie a răspunde acestei invitaţii între altele pentru că eu însumi sunt fiul unui ardelean.

Domnul Decan vorbea despre necesitatea solidarizării generaţiilor. Impărtăşesc de mult aceiaşi părere şi în calitatea de care am vorbit mă simt solidar nu numai cu generaţia actuală ci cu toate generaţiile trecute ale Ardealului şi cu cele viitoare.

Acestea zise vă rog să-mi daţi voe să expun cele ce cred că se pot spune relativ la: Rolul secreţiunilor interne în viaţa embrionară şi foetală şi la endocrinopatologia prenatală.

Problema aceasta mi se pare una din cele mai interesante din acelea ale Biologiei în general şi ale Patologiei.

*) (Conferinţa ţinută sub patronajul Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, la Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu, în ziua de 5 Mai, 1941).



CLUJ

MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-aethanol-dioxybensol-formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor parazitare

SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. phoeniculi
Ol. menthae

**Gastrite,
Gastro-enterite
Intoxicaţiuni alimentare,
Constipaţii**

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfamido-chrisoidină
0,10 p-Aminobenzen-sulfamidă

**Septicemii
Boli infecţioase**

HYGEA

HYGEA, S. A. R. CLUJ

FABRICĂ PENTRU PRODUSE CHIMICE ŞI FARMACEUTICE

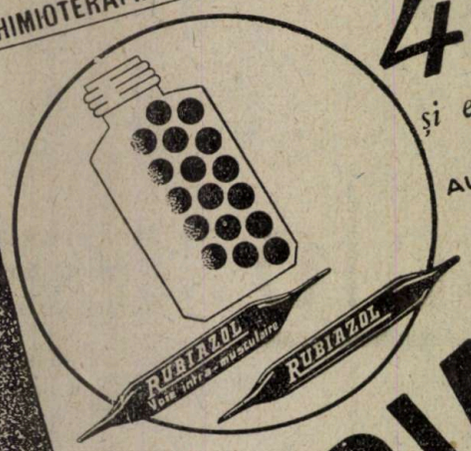
BUCUREŞTI, Splaiul Unirii 127

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCIILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL

COLORANT AZOIC

este CEL MAI ACTIV și COMPLECT ATOXIC

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole

LABORATOIRES Dr. ROUSSEL-PARIS

Eşantioane Medicale şi literatură la:

Reprezentanţa generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREŞTI, III

Telefon 221.38

Intr'adevăr dacă embriologia descriptivă apare ca un domeniu destul de arid, Embriogeneza înțelegând prin aceasta cercetarea determinismului formațiunii noilor organisme mi se pare de o importanță capitală și vrednică să pasioneze pe cercetători.

Ce poate într'adevăr să fie mai interesant de cât evoluția armonică a embrionului, creșterea, diferențierea, formațiunea organelor și stabilirea funcțiunilor.

Un fapt de observație curentă arată că rolul hormonelor e cu atât mai accentuat — în cursul vieții extrauterine sau după eșirea din ou, cu cât animalul e mai tânăr. Extirparea glandei tiroide e urmată de modificări mult mai evidente când ea are loc în primele zile după nașterea animalului de cât atunci când e practicată la un animal adult. Tot astfel există o deosebire considerabilă între mixoedemul adultului și acela determinat de extirparea glandei tiroide la copil, și mai mare încă atunci când comparăm sindromul observat la adult cu acela produs prin aplazia tiroidiană (mixoedemul congenital cu idioție mixoedematoasă).

E natural și ultimul exemplu sprijină acest mod de a vedea, să credem că funcțiunile hormonale trebue să intervină și încă într'o măsură mai largă decât după naștere și în cursul vieții embrionare și foetale deși după cum vom vedea, autori de valoare au crezut că pot să conteste o astfel de intervenție.

Atențiunea mea a fost atrasă asupra rolului funcțiunilor endocrine în epoca de desvoltare de experiențele lui Nerking (datând din anul 1905) care a pornit dela ideea că rolul glandei tiroide e acela de a dezintegra mucina [1]) ceea ce a crezut a fi demonstrat tratând ouăle și mormolocii de broască cu glanda tiroidă.

Nerking afirmă a fi găsit într'adevăr scăderea mucinei în cercetările sale.

Dar faptul cel mai important care ne-a reținut atenția în aceste experiențe și a cărui considerabilă importanță nu pare să se fi impus lui Nerking e acela că *secreținea tiroidiană intervine în fenomenele de metamorfoză, pe care le accelerează.*

Pentru mine această idee a devenit de atunci o convingere pe care cercetările ulterioare ale lui Gudenateh au întărit-o prin marea lor valoare demonstrativă. In aceiași ordine de idei adaug că în ultimii ani s'a pus în evidență rolul hormonelor și în metamorfoza insectelor.

Dar metamorfoza e un fenomen comun tuturor ființelor pluricelulare (dacă nu și celor unicelulare) la unele din ele ea având însă loc în ou sau în organismul matern ceea ce face ca ea să scape observațiunii curente. Pentru aceasta ea nu este însă mai puțin reală.

[1]) Cercetările experimentale ce am făcut ulterior cu Maria Parhon ne-au condus la concluzia că substanța tiroidiană e lipsită de un astfel de efect asupra mucinei, *in vitro*.

Ulterior atențiunea mea a fost din nou atrasă asupra problemei de care mă ocup prin rolul ce mi s'a părut a putea atribui secreținilor interne în organogeneză [1]) și histogeneză [2]). Acest rol reese în parte și din datele precedente.

Eu însumi am pornit dela faptul următor. Ovarul pe lângă alte funcțiuni are și pe aceea de a determina caracterele sexuale secundare la femeie și printre acestea *desvoltarea glandei mamare.*

M'am întrebat dacă acest exemplu se referă la un fenomen izolat sau dacă nu e mai degrabă *expresiunea unei legi generale conform căreia organogeneza e în funcțiune de anumite hormone.*

In genere vorbind organele se desvoltă complet atunci când organismul are nevoie de ele. Aceasta are loc pentru glandele mamare la epoca pubertății când femeia — sau femela — poate rămâne gravidă urmând ca ulterior să alăpteze.

Dacă lucrurile se petrec astfel e evident că cele mai multe din organe vor trebui să atingă desvoltarea complectă mult mai de timpuriu.

Pe de altă parte dacă legea de care am vorbit există în realitate, atunci anumite hormone trebuie să intervină în desvoltarea organelor în timpul vieții embrionare.

In exemplul glandelor mamare se poate ce e drept pune problema dacă desvoltarea lor are loc în mod integral sub influența ovarelor sau dacă acestea influențează numai creșterea lor, după formațiunea mugurelui primitiv.

Dar chiar dacă acesta s'ar forma independent de hormonele ovariene rolul ultimelor ar rămâne totuși esențial.

E suficient pentru aceasta să comparăm desvoltarea acestor organe la cele două sexe pentru ca rolul ovarelor să devină foarte evident.

Insă rolul acestora sau mai precis al hormonelor secretate de ele, foliculina și progesterona, nu poate fi exclus nici chiar în formarea mugurilor primitivi ai glandelor mamare.

Pettinari la cățele cu transplantațiuni ovariene a văzut formarea de mameloane supranumerare. Pe de altă parte știm că organismul femeii gravide e inundat de timpuriu de o cantitate considerabilă de foliculină precum și de progesteronă.

Alte fapte tot în raport cu funcțiunile glandelor genitale sprijină de asemeni rolul hormonelor în organogeneză.

[1]) C. I. Parhon. Quelgues considérations sur l'importance des fonctions endocrines pendat la vie embryonnaire et foetale et sur leur rôle dans l'organogenèse. Presse médicale. Nr. 80, 1 Octomvrie 1913

[2]) Sur le rôle des glandes endocrines dans l'organogénèse et l'histogénèse. Bullet. et Mém. de la Soc. de Neurologie, Psychiatrie et Endocrinologie. Jassy, V-éme année, p. 68—73, 1923.

Astfel e cu acțiunea foliculinei și progesteronei în desvoltarea organelor genitale interne ale femeii, cu acțiunea hormonelor orhitice asupra desvoltării organelor genitale externe ca și a prostatei la bărbat, a crestei cocoșului, etc.

Cercetările recente ale lui Ruzicka referitoare la apariția și desvoltarea crestei la puii abia eșiți din ou, sub influența hormonei masculine sintetice sunt foarte demonstrative din acest punct de vedere.

E evident însă că pentru producerea fenomenului e necesară prezența unei regiuni receptoare cu o sensibilitate specială, regiune ce nu există de cât la anumite specii de paseri (și cărcia îi corespund la alte specii alte regiuni, dând loc atunci sub influența aceleiași hormone la diferite formațiuni echivalente, (coama leului spre exemplu).

Tot în raport cu rolul hormonelor sexuale în organogeneză, menționez prezența de țesut prostatic la femeile cu anumite neoplazii corticosuprarenale, neoplazii ce secretă o hormonă masculinizantă.

Ipertrofia glandelor periuretrale — numită pe nedrept ipertrofie prostatică — la bărbații în vârstă înaintată s'ar datora după unii autori scăderii activității hormonelor masculine și predominența celor de tip feminin, știut fiind astăzi că hormone de ambele tipuri se găsesc la ambele sexe. Aceasta ipoteză a inspirat tratamentul cu extract de glandă mamară imaginat de Prof. Cristea Grigoriu.

Fenomenele de intersexualitate în genere se explică ușor grație concepției de care vorbim. In ultimii ani alte fapte au venit în sprijinul acestei concepții.

S'au putut extrage din lobul anterior al ipofisei, din sânge, din urină, din placentă (la gravide în special) substanțe cu acțiune electivă asupra maturației foliculilor, a luteinizării ovarelor și testiculelor (hormone gonadotrope) asupra desvoltării glandei tiroide, a paratiroidelor a suprarenalelor, a insulelor lui Langerhans (hormona tireotropă, paratireotropă, corticotropă, insulotropă, etc.).

E drept că nu e încă dovedit că apariția germenilor embrionari pentru aceste diferite organe are loc sub influența acestor substanțe, nici cel puțin că desvoltarea ulterioară a acestor muguri are loc sub această influență. Dar lucrul pare verosimil. Oricum ar fi în privința hormonelor gonadotrope știm astăzi că organismul femeilor gravide e inundat de mari cantități de aceste hormone pe a căror prezență în urină se bazează de altfel diagnosticul sarcinei (metoda Ascheim-Zondek).

Un rol important în desvoltarea oaselor îl are fără îndoială, glanda tiroidă și de asemeni ipofisa (prin intermediul hormonei tireotrope (?).

Extirparea ipofisei ca și al tiroidei la mormolocul de broască aduce cu sine absența metamorfozei iar scheletul rămâne definitiv în stare cartilaginoasă dacă nu se intervine, cu tratamentul tiroidian în special.

In specia umană osteogeneza e împiedecată, dacă nu e complet oprită, în mixoedemul congenital prin aplazia tiroidiană.

Fenomenul e mai cu seamă evident după naștere și în special după întârcare.

E dovedit astăzi că secreția tiroidiană trece prin laptele mamii. E verosomil că ea trece și din sângele mamii la embrion și făt (deși faptul a fost contestat sau pus la îndoială).

E interesant să mai remarcăm aici că țesutul osos nu se găsește decât la animalele ce prezintă o glandă tiroidă.

Exemplul țesutului osos și relațiunile osteogenezei cu funcția tiroidiană arată *rolul hormonelor în histogeneză.*

Pentru alte țesuturi el e mai puțin evident sau mai exact mai puțin cunoscut. Vom reveni mai departe asupra acestei chestiuni.

In ce privește alte organe de asemeni problema e prea puțin studiată. Astfel nu cunoaștem în mod precis hormonele care ar condiționa sau favoriza cel puțin, desvoltarea ficatului. Ne putem gândi la hormone placentare și la acelea ce ar veni dela intestin pe calea venei porte unele și altele aduse cu sângele direct la ficat.

Pentru hormonele de origine intestinală există motive serioase care mă fac să presupun existența lor.

Există un paralelism strâns între fenomenele de organogeneză și cele de regenerare. Ori legătura venei porte împiedică regenerarea ficatului chiar atunci când artera hepatică nu e atinsă.

Se pare că pe calea venei porte ficatul primește substanțe ce-i stimulează regenerarea și probabil și desvoltarea în cursul vieții embrionare și foetale.

Poate că ficatul el însuși intervine pe de altă parte în desvoltarea pulmonilor. Există în tot cazul în cursul vieții embrionare interesante corelațiuni hepato-pulmonare.

Cercetările lui *Aron*, ca și acelea ce am făcut cu *Milcu* arată că într'o primă perioadă embrionară ficatul nu înmagazinează glicogenul (faza preglicogenetică).

In timpul acestei faze pulmonul e însă bogat în glicogen în special în ceea ce privește căile respiratorii dar și în țesutul ce va forma viitoarele alveole *(Fremiet* și *Drăgoiu, Parhon* și *Milcu.*

Cercetările ultimilor doi autori făcute cu concursul lui *S. Atanasiu*, au arătat într'adevăr un strâns paralelism, între quasi absența glicogenului hepatic și abundența lui în pulmoni, organe în care glicogenul scade în mod important când el începe a fi înmagazinat în ficat.

Fenomenul e așa de caracteristic încât *Parhon* și *Milcu* au fost conduși să admită că *într'o anumită perioadă a vieții embrionare pulmonul ocupă în metabolismul glucidic rolul ce va reveni ficatului într'o fază mai înaintată a desvoltării organismului* și în tot cursul ulterior al existenței acestuia.

Rinichiul primitiv ar putea să secrete substanțe sub acțiunea cărora se desvoltă organul definitiv.

Foarte enigmatice rămân încă raporturile dintre desvoltarea sistemului nervos și funcțiunile hormonale. *Marinescu* și *Minea*, *Walter* au arătat că tireidectomia se opune regenerării nervilor periferici secționați și judecând și aici conform analogiei ce există între fenomenele de desvoltare și aceleea de regenerare aș fi înclinat să admit că hormona tiroidiană intervine în desvoltarea sistemului nervos.

In sprijinul acestei opiniuni vine și existența unei opriri în desvoltarea morfologică și fiziologică a creerului în aplazia tiroidiană *(Bourneville, Marinescu,* etc.). In raport cu această oprire în desvoltare avem idiotia mixoedematoasă care se ameliorează în parte cel puțin, în urma tratamentului tiroidian.

Pe de altă parte *Walter* a observat că tratamentul ipofisar stimulează regenerarea nervilor periferici secționați, întârziată în urma tiroidectomiei. Se pare deci că ipofisa ar interveni de asemeni în desvoltarea sistemului nervos (judecând tot după analogiile dintre fenomenele de desvoltare și cele de regenerare).

O problemă interesantă ce se pune aici e aceea a rolului posibil al lobului intermediar al ipofisei în desvoltarea centrilor nervoși a creerului în special. Acest lob care dispare mai târziu — în specia umană, are o desvoltare însemnată în cursul epocii embrionare și foetale.

Raportul lui cu centrii nervoși ridică problema unei acțiuni posibile în desvoltarea acestora.

Această intervenție posibilă nu exclude pe aceea a tiroidei. Din contra e cel puțin foarte verosimil că în desvoltarea unui organ sau țesut nu intervine o singură ci mai multe hormone, vitamine, enzime, organizatori, ioni, etc.

In ceea ce privește desvoltarea mușchilor suntem foarte puțin orientați până acum. Aceste organe apar foarte de timpuriu. Suprarenalele — judecând după ceea ce știm despre raporturile lor cu musculatura în viața extrauterină — ar putea avea un rol.

Dar mușchii există și la animalele lipsite de suprarenale, tiroidă, ipofisă, etc. (la nevertebrate). Trebue atunci să ne gândim la posibilitatea unor hormone ieșite din alte organe sau țesuturi.

Cel cutanat ar putea avea un rol cu atât mai mult cu cât la unele specii inferioare există un tip de celule epiteliale și musculare în același timp, celule mioepiteliale.

Pe de altă parte, hormone de tipul celor ce se întâlnesc la vertebrate ar putea fi secretate de unele celule ale nevertebratelor.

Diiodotirozina a fost pusă în evidență încă de mult la spongiare iar adrenalina și acetilcolina chiar și la protozoare.

Raportul ultimelor două hormone cu activitatea neuro-musculară ridică oricum, problema relațiilor lor și cu desvoltarea mușchilor.

In ceea ce privește desvoltarea pielei organ ce se găsește de asemeni și la nevertebrate suntem de asemeni puțin orientați relativ la raporturile ei cu substanțele de care ne ocupăm.

Ne putem întreba însă dacă foliculina sau alte substanțe înrudite și cu acțiune keratinizată nu au un rol. Vitamina A ar putea avea un rol moderator. Situația însăși a epidermului ar putea interveni pe cât se pare, pentru a menține procesul de keratinizare odată început și în a cărui producere unii fermenți proteolitici au de sigur o însemnătate deosebită.

In sprijinul rolului glandelor endocrine în cursul vieții embrionare și foetale vorbește și desvoltarea lor relativ precoce.

Astfel coloidul a fost notat în glanda tiroidă umană pe la a 4-a lună a vieții intrauterine. Cercetările ce am facut cu *Aburel* și D-ra *Ana Bogdan* au arătat la un embrion de 4 luni $^1/_2$, o tiroidă bogat vascularizată, cu celule foliculare înalte, cu coloid fluid și cu numeroase vacuole cromofobe marginale sau în coloidul însăși. Sunt caracterele funcționării active a organului.

Timusul în același caz prezintă cele două substanțe diferențiate și cu numeroși corpusculi ai lui Hassal — unii calcificiați — în unele regiuni ale medularei.

Și în suprarenală cele două substanțe erau diferențiate. Testicului conținea numeroase celule diastematice.

Cercetările ce am făcut cu I. Atanasiu, pe embrioni și feți de diferite specii animale ne-au arătat de asemeni că celulele eosinofile ale ipofisei considerate ca secretând hormona de creștere sunt prezente înainte de jumătatea sarcinii, că tiroida prezintă semne de activitate funcțională cu mult înainte de această perioadă. Cele 2 zone de diferențiere ale timusului apar de asemeni de timpuriu și tot astfel se petrec lucrurile cu glanda interstițială a testicului și insulele lui Langerhans din pancreas.

In ovarele unui făt de vacă cântărind 3065 gr. (450 mm. lungime) am găsit un folicul ce părea matur. De asemeni am observat și prezența de corpi galbeni în ovar în cursul vieții intrauterine.

Amintim aci că după Aron glicogenul nu ar apare în ficat decât după ce tiroida e deja desvoltată și în stare să funcționeze. Dar ideile sale au fost contestate.

S'a obiectat (Ancel) că celulele hepatice înmagazinează glicogenul şi în culturile în vitro.

E însă de remarcat că plasma în care sunt cultivate trebue să conţină hormona tiroidiană.

In sprijinul ideilor ce credem a putea fi susţinute mai vorbesc şi unele cercetări chimice sau fiziologice.

Astfel Needham în remarcabilul său tratat privitor la chimia embrionară arată că adrenalina se întâlneşte în suprarenalele embrionilor de pasăre sau de mamifere înainte de jumătatea vieţii intraovulare sau intrauterine şi că la feţii de vacă, capră, scroafă într'o anumită perioadă a vieţii intrauterine cantitatea de adrenalină din suprarenale întrece chiar pe aceea ce se observă la adult. La om lucrurile par a se petrece însă în mod diferit din acest punct de vedere.

Notăm de asemeni că *Snyder* şi *Sweet* au izolat pituitrina din ipofisa embrionilor de porc de 28 şi chiar de 15 mm.

Smith şi *Dorzbach* au putut izola hormona de creştere anteroipofisară din glanda embrionilor de 17 cm. iar aceea de maturaţie din a celor de 8 cm. la aceeaşi specie.

La om substanţa vasopresivă n'a fost găsită decât dela a 6-a lună în sus.

La fătul de vacă tiroida se arată activă asupra metamorfozei batracienilor dela a 4 a lună.

Tiroida embrionilor de porc lungi de 12—16 cm. a dat de asemeni lui Rumpf şi Smith rezultate pozitive.

Willier implantând tiroida în ţesut corialantoidian la embrionii de găină a observat slăbirea ca şi reducerea de volum a tiroidei şi gonadelor ceea ce arată că embrionul la această specie, e sensibil la acţiunea substanţei tiroidiene. Pe de altă parte tiroida foetală reacţionează în urma extirpării celei materne (Halsted, Leydenny, D-na Mârza).

In ceea ce priveşte rolul hormonelor sexuale în desvoltarea embrionului, în special în determinismul sexelor el e admis de toată lumea.

Din cele expuse până aci ni se pare că rolul hormonelor în vieaţa embrionară şi foetală nu poate fi pus la îndoială.

Totuşi acest rol a fost contestat şi obiecţiuni diferite au fost aduse faţă de intervenţia hormonelor în această epocă a vieţii.

Lucrările cele mai interesante care au condus la rezultate negative sunt acelea a lui Ancel şi elevilor săi *Wolf, Kante* şi *Stoll.*

Aceşti autori au reuşit a provoca monstruozităţi experimentale la embrionul de pasăre.

Monştrii fără ipofisă sau fără tiroidă şi ipofisă în acelaşi timp, nu se depărtează în mod evident din punctul de vedere al desvoltării lor de embrionii normali. Glandele şi căile genitale, suprarenalele, pancreasul inclusiv insulele lui Langerhans, paratiroidele şi timusul, ficatul şi glicogeneza nu sunt influenţate de absenţa celor două glande ale embrionului.

De asemeni desvoltarea tiroidei nu suferă în absenţa ipofisei la embrionul de pasăre.

La 2 embrioni de porc dintre care unul cu absenţa tiroidei, iar celălalt cu absenţa aceluiaşi organ şi a ipofisei desvoltarea generală n'a fost de asemeni influenţată. Tot astfel la un embrion de iepure cu absenţa ultimelor două organe viscerele nu prezentau nicio malformaţie. De asemeni organele genitale inclusiv glandele respective erau normal conformate. Cercetările lui Fige şi Witschi concordă cu cele precedente.

La om lucrurile par a se petrece la fel.

Totuşi Ancel a recunoscut la început posibilitatea unei acţiuni a hormonelor materne asupra desvoltării normale în absenţa hormonelor ipofisare şi tiroidiene materne. Mai târziu însă a trecut peste această serioasă consideraţie fiind destul de afirmativ în concluziunile sale negative.

E în tot cazul evident că concluziunile acestor autori nu pot privi decât ipofisa şi tiroida şi că rămâne de văzut ce rezultate ar putea da distrugerea suprarenalelor, timusului, paratiroidelor foetale, etc.

In plus în experienţele autorilor de care am vorbit realizându-se şi distrugerea unor părţi din creer rezerve serioase se impun dela sine, cu privire la lipsa unei influenţe asupra acestui organ în caz de absenţa ipofisei şi a tiroidei cu atât mai mult cu cât am văzut ce se întâmplă cu desvoltarea creerului uman în agenezia tiroidiană. In discuţiunea ce a avut loc în urma unei comunicări a lui Ancel, Aron a amintit că împreună cu Courrier au văzut că doze puternice de glandă tiroidă administrate mamei nu influenţează tiroida foetală decât în ultima perioadă a sarcinei. Autorii cred că numai în această perioadă placenta pare a deveni permeabilă pentru glanda tiroidă.

Hormona tireostimulantă nu manifestă după Aron activitatea ei decât tot în ultima perioadă a sarcinii.

Acest autor e de părere că până la un anumit stadiu critic creşterea embrionară e independentă de activitatea glandelor endocrine. Corelaţiile endocriniene — la embrionii de găină — nu s'ar instala decât către a 18-a zi a incubaţiei, iar la embrionul de porc către sfârşitul epocii embrionare.

După Aron trebue să distingem desvoltarea histologică care nu pare a depinde de corelaţiunile dintre diferitele glande şi desvoltarea funcţională care pare în raport cu aceste corelaţiuni spre exemplu ipofisa şi tiroida.

Numai după faza critică glandele ar începe să funcţioneze. Stadiul critic ar fi la om către a 4-a lună a vieţii foetale.

Pancreasul fătului, spune acelaşi autor, poate proteja femela gestantă cel puţin la sfârşitul sarcinii contra extirpării pancreasului său propriu.

Aron concepe chiar posibiltatea ca desvoltarea (creşterea) embrionului să nu depindă de hormone, poate chiar până la sfârşitul vieţii embrionare dar există cu siguranţă după el, la embrion începând cu un anumit stadiu o activitate a glandelor endocrine.

Ancel nu crede că se poate asimila metamorfoza batracienilor cu desvoltarea embrionară a vertebratelor, prima având loc în mediul extern la indivizi purtători de un aparat respirator şi de unul digestiv.

El e înclinat să admită că toate organele se desvoltă în mod independent unul de celelalte până la sfârşitul gestaţiunii fără intervenţia corelaţiunilor funcţionale de ordin hormonal, excepţie făcând pentru glandele genitale.

El mai crede că faptele de care am vorbit sunt de natură să pună capăt oricărei controverse cu privire la rolul ipofisei şi al tiroidei în desvoltarea embrionară a amniotelor.

Dar argumentele lui Ancel nu mi se pare foarte convingătoare.

Astfel Selye aminteşte absenţa de desvoltare a suprarenalelor la anencefalii cu glanda pituitară absentă ceea ce vorbeşte de sigur pentru *o corelaţie ipofiso-suprarenală în cursul perioadei de desvoltare*. El afirmă pe de altă parte că ipofisectomia post-embrionară nu influenţează în mod special creşterea la şobolan dar chiar în acest moment precoce cortico-suprarenala şi ovarul sunt sub dependenţa ipofisei. Selye se gândeşte la existenţa unui punct critic special pentru fiecare funcţiune în parte.

Pe de altă parte dacă e adevărat că aparatul respirator şi digestiv lipsesc — sau mai exact, funcţionează altfel după metamorfoză — la embrionii de mamifere, aceasta nu face în nici un caz ca mormolocii de broască să fie altceva decât nişte embrioni faţă de broasca adultă.

Faptul invocat de Aron relativ la impermeabilitatea placentei pentru hormonele introduse în plus la mamă, nu exclude rolul hormonelor embrionare sau foetale într'o anumită perioadă a dezvoltării.

Această impermeabilitate apare mai de grabă ca o măsură de apărare faţă de un exces de hormone ce ar putea influenţa în mod vătămător asupra embrionului.

Dar nimic nu probează că lucrurile se petrec tot astfel când anumite glande ale acestuia sunt insuficiente sau lipsesc cu totul.

In plus această impermeabilitate placentară nu există pe cât reese din unele lucrări chiar şi în ce priveşte numai glanda tiroidă în orice epocă a dezvoltării şi pentru orice specie animală. Astfel din cercetările lui Halstedt, Leidenny, ale D-nei Mârza reese că etiroidarea sau ipertiroidizarea genitorilor modifică structura glandei tiroide a descendenţilor.

Experienţele D-nei Eugenia Mârza în colaborare cu V. Mârza şi N. Zaharia au arătat că etiroidarea sau ipertiroidizarea părinţilor (la cobai) exercită o influenţă însemnată asupra timusului descendenţilor.

La descendenţii animalelor ipertiroidizate lobulii timici sunt mai mici ca în starea normală. Se notează în special reducerea corticalei. De asemeni o creştere însemnată ca număr şi volum a corpusculilor lui Hassal bogaţi în celule epiteloide şi ocupând uneori aproape toată medulară

La descendenţii animalelor etiroidate lobulii timici sunt din contra de dimensiuni superioare celor dela descendenţii animalelor normale. Corticala e mai subţire ca la ultimii. Corpusculii lui Hassal păstrează de cele mai multe ori, aparenţa embrionară şi se găsesc adese ori, localizaţi la limita de separare dintre medulară şi corticală dând impresia că intră în corticală sau că fac parte din aceasta din urmă. In medie numărul lor e ceva superior faţă de martori (7 faţă de 5). La descendenţii animalelor ipertiroidizate el e în medie de 8 dar uneori se poate urca până la 30 pe lobul.

E de altă parte greu să admitem că dezvoltarea embriopeului are loc în absenţa schimburilor interorganice, cu alte cuvinte că substanţele rezultate din activitatea diferitelor tipuri celulare nu au nicio influenţă asupra dezvoltării celorlalte.

Intru cât mă priveşte socotesc că faţă de opinia lui Ancel se pot face două obiecţii însemnate în afară de cele deja aduse şi menţionate în cele ce preced.

Mai întâiu trebue ţinut seama neaparat de rolul hormonelor materne.

E greu de admis că reacţiunea de ordin ipertrofic şi iperfuncţional, ce se observă în glandele endocrine materne (ipofisa cu celulele de sarcină, tiroida, suprarenalele, insulele lui Langerhans, perzistenţa corpului galben, etc.) nu sunt strâns legate de dezvoltarea embrionului pe care o influenţează în mod favorabil. De asemeni e greu să credem că oul de pasăre cu însemnatele cantităţi de rezerve ce conţine nu înmagazinează pe lângă enzime şi vitamine şi o cantitate de hormone de origină maternă.

In această ordine de idei amintim aici că Shikinami a izolat din gălbenuşul de ou o substanţă capabilă să determine la iepure, crize ipoglicemice cu totul asemănătoare cu cele insulinice.

E logic să credem din contra că deja ovulul şi spermatozoidul trebue să fie impregnaţi de hormone ca şi de enzime şi vitamine. Maturaţia ovulului şi nidaţia sunt condiţionate de hormonele gonadotrope, ultimul fenomen prin intermediul foliculinei a cărei acţiune e complectată apoi de a corpului galben.

Până la argumente decisive contrarii, continuăm deci să credem că activitatea hormonală se continuă fără întrerupere dela o generaţie la alta şi că astăzi când ştim că hormonele de origină animală nu sunt lipsite de acţiune nici asupra celulelor vegetale sau asupra fiinţelor unicelulare ni se pare irațional să admitem apriori, că o astfel de influenţă a hormonelor materne şi a celor proprii embrionului sau fătului nu se exercită.

Placenta însăşi — organ foetal — trebue privită ca o glandă endocrină producătoare de hormone diferite (foliculină, progesteronă, insulină sau o substanţă asemănătoare, hormone gonadotrope, etc.).

In însuşi fenomenul teminal al sarcinii, expulsiunea fătului, rolul hormonal (hormona ocitocică) nu pare contestabil.

Ulterior hormone materne (cea tiroidiană şi pe cât se pare şi cea paratiroidiană sub o formă oarecare) trec prin lapte la noul născut. Tratamentul cu glandă tiroidă al mamei măreşte metabolismul bazal al copilului pe care îl alăptează.

Unii autori cred că organele foetale nu au altă funcţiune decât acea de a se desvolta.

Această concepţie care tinde a face să se admită că aceste organe nu varsă nimic în sânge sau că substanţele vărsate sunt lipsite de acţiune nu credem că poate să ne oprească în loc. O considerăm ca puţin conformă gândirii biologice.

Mai rămâne să menţionăm ideea că dezvoltarea embrionului s'ar face numai graţie impulsului transmis de genele conţinute în ovul sau spermatozoid.

Astăzi însă se tinde din ce în ce mai mult să se admită că genele însăşi lucrează ca nişte hormone sau prin intermediul unor hormone. Exemplul cu genele ce determină coloarea ochiului la drosofile, coloare ce se poate modifica sub influenţa unei substanţe dintr'o varietate cu ochiul de coloare deosebită, e de menţionat în acest loc.

Amintim în fine aici de organizatorii lui Spaemann şi colaboratorii săi care determină fenomene morfogenetice de vecinătate şi care transplantaţi în regiuni diferite pot determina în condiţiuni apropriate modificări morfogenetice specifice care nu ar fi avut loc în regiunile în care s'a făcut transplantarea în afara acesteia.

Aceşti organizatori reprezintă substanţe chimice de apropiat din unele puncte de vedere de auxinele sau hormonele de creştere vegetale lucrând în vecinătatea locului unde se produc Am putea vorbi de *topohormone.*

* * *

Dacă e adevărat că hormonele embrionare, foetale sau materne au un rol în dezvoltarea noilor organisme atunci trebue să existe şi o *endocrinopatologie prenatală.*

O astfel de endocrinopatologie exixtă într'adevăr.

Voiu da aci câteva exemple, câmpul acesta fiind de altfel încă prea puţin cercetat până în prezent. Un prim exemplu îl prezintă guşa congenitală la descendenţii femeilor atinse de guşa endemică. Cazurile acestea sunt foarte numeroase. In tratatul nostru de Endocrinologie (1930 pag. 412) am citat 50 de autori (şi de sigur nu sunt singurii) care au relatat astfel de observaţiuni. In unele din ele era vorba de faceri premature (la 8 luni în cazul lui Mondrini, la 7 luni în a lui Friedreich şi a lui Boucher, la 5 luni $^1/_2$ în al lui Danyan).

Intr'un caz tiroida unui nou născut cântărea 58 grame.

Această guşe congenitală e frecventă în ţinuturile cu guşe endemică şi rară în cele lipsite de ea. Van Goor la Amsterdam în timp de 22 ani n'a putut întâlni de cât 5 cazuri în cele 2 mari spitale din acest oraş, pe câtă vreme în acelaşi interval de timp într'un spital de copii din Berna s'au tratat 53 de cazuri.

Cunoaşterea acestui fapt e importantă deoarece dacă avem grije să tratăm cu iod femeile gravide atinse de guşe sau dacă le facem să părăsească localitatea atinsă de endemie avem foarte multe probabilităţi de evitare a ipertrofiei tiroidiene la noul născut.

Mixoedemul congenital constitue de asemeni un exemplu de endocrinopatie prenatală; s'a notat de asemeni un caz de sindrom basedovian la un făt (Cliford White) şi un altul de acromegalie congenitală (Salle).

Obezitatea congenitală la copii eşiţi din mame diabetice, copii a căror greutate la naştere poate atinge 6—7 Kgr. şi care e atribuită iperfuncţiunii insulelor lui Langerhaus ale fătului faţă de iperglicemia maternă constitue un alt exemplu tipic de endocrinopatie prenatală.

După Bix proporţia de „copii uriaşi" e de 19.3% la mamele diabetice, faţă de 3% la femeile normale şi anume pe un număr de 608 copii eşiţi din 155 femei diabetice, proporţia de normali era de 385 deci 63.32%; 110 atingeau 4 Kgr. (18.1%) 47 cântăreau 4 $^1/_2$ Kgr., (7.73%) 49 aveau greutea de 5 Kgr., iar 17; 5 – 6 Kgr. formând împreună 10%.

Holzbach; Nothmann şi Hermstein, Schretter şi Nevinni consideră precum am zis această formă ca datorită hiperinsulinemiei foetale.

După primul autor aceşti copii sunt hipoglicemici mai mult timp după naştere. Şi ipofisa ar fi mărită la aceşti copii contribuind la desvoltarea lor exagerată (după Krauss în Handbuch de Gynekologie, T. IX, 1936).

Mai citâm *macroliposomia congenitală* descrisă de *Cristiansen* şi care are poate oarecare relaţiuni

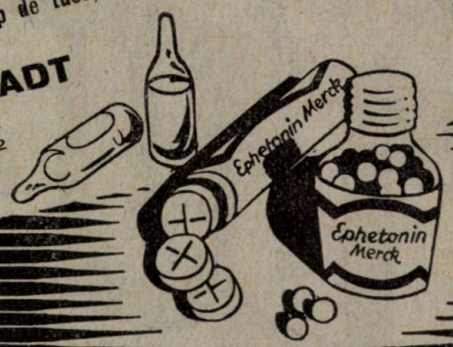
Ephetonin
Merck

în astm bronșic
și alte maladii allergice (urticarie, exantem seric)
bronșite, hipotensiune

Tablete, Perle, Fiole, Sirop de tuse, Fomadă cât și substanță pt rețeptură

E. MERK - DARMSTADT

Repr. Gen.: Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, București I., Str. T. G. Masa yk 32



Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr. Robin"

34 ani de existență
(1907—1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor.
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute și cronice la copii și adulți, diabet, ciroze, eczeme, acnee, foculite, furunculoză, urticaria, guta, colibaciloza, etc.

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"
Reprezentanța BUCUREȘTI, Str. Regală Nr. 10, Etaj - Telefon 3.78 66.

FARA TEAMA
DE IODISM

COLLO-IODE DUBOIS

cu iodhidraţi
de acizi aminaţi

realizează un progres
terapeutic indiscutabil

Asupra Jodopeptonilor
Jodurilor Alcalini
Soluţiilor de Jod

Laboratoires DUBOIS, 34 Rue Pergolese — Paris
Eşantilioane medicale şi literatură la
Reprezentantul general pentru România, PAUL ILUTZA

BUCUREŞTI VI, Str. Olari 23 - Tel. 2,39,45
Pentru Domnii Medici mostre gratuite la cerere.

cu forma precedentă. *Cristiansen* o consideră ca de origină suprarenală.

Cazurile de obezitate la copiii femeilor diabetice reprezintă în tot cazul exemple nu numai de funcționare ci de iperfuncționare endocriniană în cursul vieții intrauterine.

Sindromul lui Lawrence-Moon-Bordet-Biedl (obezitate, ipoplazie a organelor genitale, polidactilie, retinită pigmentară hemeralopie) e considerat de Pende ca în raport cu o insuficență congenitală a ipofisei ceea ce pare a se apropia de realitate.

Acest sindrom prin polidactilia lui pune problema relațiunilor unor anomalii de desvoltare cu turburări endocriniene în cursul vieții intrauterine.

Victor Babeș a susținut că anomaliile de desvoltare ale extremităților țin de o alterațiune la baza craniului la nivelul sfenoidului. E deci natural să ne gândim la ipofisă și în aceste cazuri.

Am relatat eu însumi cu I. Tănăsescu un caz de buză de iepure, anomalie evident de origină intrauterină, la un gigant, ceea ce poate ridica problema unei origini ipofisare și a numitei anomalii. Inperforația anală observabilă în unele cazuri de sindromul lui Lawrence-Moon-Bordet-Biedl trebue considerată de asemeni ca având origine endocriniană și apropiată de aceea vulvară observabilă până la pubertate la șoarice spre exemplu. Sub influența foliculinei, la pubertate, vulva se deschide. E probabil că pentru anus are loc un fenomen asemănător sub influența unei hormone ce rămâne de determinat. Poate că și unele anomalii de desvoltare ale centrilor nervoși ar putea să țină de alterațiuni ale funcțiunilor endocriniene congenitale. Astfel ar fi cazul pentru unele idioții în legătură posibilă cu alterațiuni ale ipofisei, cu idioția unor copii ieșiți din mame bazedoviene.

Aplazia suprarenalelor în legătură cu anencefalia merită de asemeni să fie reamintită aci.

Precum se vede avem de a face cu un întreg câmp al patologiei vieții embrionare și foetale ce rămâne încă în mare parte de explorat și în care vor fi interesante aplicațiuni terapeutice de făcut, spre exemplu iodo sau tiroterapia mamii pentru prevenirea gușei endemice, insulino-terapia mamelor diabetice pentru evitarea obezității copilului, etc., etc.

Din expunerea ce precede reese că problema de care m'am ocupat comportă încă multe necunoscute și că necesită încă cercetări noi.

Va trebui să se cerceteze în mod amănunțit starea glandelor endocrine embrionare și foetale în diferitele faze ale dezvoltării, din punctul de vedere morfologic, chimic și fiziologic.

Tot astfel acelea ale mamei în raport cu ale embrionului și fătului. De asemeni funcționarea glandelor endocrine materne în diferitele perioade ale sarcinii socotite spre exemplu după biochimia sângelui matern (iodul din sânge, diferitele hormone, etc.)

Cele mai multe din cercetările istologice și chimice asupra glandelor vor avea loc de sigur mai cu seamă pe animale, dar și cazurile din specia umană, spre exemplu cele ajunse în institutele de medicină legală referitoare la femei gravide sucombate prin accidente, etc., vor putea să fie utilizate.

Studiul amănunțit al glandelor endocrine la embrionii și feții monstruoși și eventual raporturile monstruozităților cu alterațiuni în funcționarea endocriniană maternă nu vor trebui să fie neglijate.

Astfel de studii pot să fie urmărite în fiecare maternitate.

De asemeni va trebui să se studieze în mod sistematic influența extirpațiunilor diferitelor glande sau a tratamentelor cu hormone sau extracte de organe asupra descendenților. Câteva cercetări au fost de altfel deja întreprinse în această direcție. Am citat mai sus pe acelea a lui *Halsted*, *Leidenny*, soții *Mârza și Zaharia*.

Un autor american *Zamenhof* crede că s'ar putea administra mamelor în primul timp al sarcinii, hormona de creștere ipofisară pentru a se obține un creer cu un mai mare număr de celule și ca atare cu o mai mare capacitate funcțională. După el aceste hormone ar trece prin placentă. Tiroxina nu ar trece pentru a nu precipita diferențierea.

O cercetare amănunțită din punct de vedere hormonal merită de asemeni oul de pasăre (și icrele, etc.).

In ce privește oul va fi foarte util ca cercetările referitoare la conținutul său în hormone, vitamine și enzime să fie făcut dela zi la zi în tot cursul desvoltării glandelor embrionului.

Schimbul între embrion și restul conținutului oului va fi de asemeni foarte interesant de studiat zi la zi sau chiar oră la oră.

In cursul desvoltării va trebui să se cerceteze de altfel și eventuala activitate hormonală a unor organe ce nu sunt de obicei considerate ca având o astfel de acțiune cum e spre exemplu sistemul nervos, ochiul, etc.

In fine cercetări extrem de interesante se impun asupra modificărilor ce ar putea avea loc supunând oul în creștere la acțiunea diferitelor hormone, tratând pasărea în timpul formațiunii ouălor cu diferite preparate endocriniene

Se va reuși poate astfel a se mări conținutul oului în unele hormone și se va vedea în ce mod desvoltarea embrionului va fi influențată

Unele experiențe au fost deja realizate și în această direcție.

Astfel Pighini a demonstrat că din ouăle găinilor tratate cu glandă tiroidă ies mai cu seamă pui de sex masculin.

RESUMÉ

Le rôle des secrétions internes dans la vie embryonnaire et foetale

L'auteur dans sa conference soutient que les fonctions hormonales doivent intervenir pendant la vie embryonnaire et foetale peut etre dans une plus large mesure qu'aprés la naissance. Il illustre son opinion par les résultats des observations et des expériences propres et par celles d'autres auteurs. La secrétion thyroidienne intervient dans les phénomènes de métamorphose, qu'elle aceélère. L'ovaire détermine les caractères sexuels secondaires chez la femme et par cela le developpement de la glande mammaire. Il est probable que l'organogenèse est en fonction de certains hormones. Il y a beaucoup de faits qui démontrent le rôle des hormones dans l'histogenèse. Dans une certaines période dela vie embryionnaire le poumon occupe dans le métabolisme des glucides le rôle qui reviendra au foie dans une phase plus avancée du developpement de l'organisme.

S'il est vrai que les hormones embryonnaires, foetals ou maternes ont un rôle dans le developpement des nouv aux organismes, alors il doit y avoir aussi une endocrino-pathologie prénatale. Pour dèmontrer l'existance de cette endocrino-pathologie prénatale l'auteur apporte une série de faits: le goitre congénitale chez les descendentes des femmes souffrantes de goitre endémique; l'obésité congénitale chez les enfants des femmes diabétiques, la macroliposomie congénitale probablement d'origine surrénale. Le syndrome de Bordet-Moon-Biedl-Lawrence (obésité, hypoplasie des organes génitaux, polydactilie, hémeralopie) est considéré par Pende en rapport avec une insuffisance congénitale de l'hypophyse. L'anomalie congénitale, bec de lièvre, est peut-être d'origine hypophysaire.

Il y a aussi une thérapeutique applicable à la vie embryonnaire: l'iodo-ou la thyrothérapie chez la mére pour prévenir le goitre chez l'enfant; le traitement insulinique de la mère pour prévenir l'obésité chez l'enfant, etc.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Rolle der inneren Sekretionen im embryonaren und foetalen Leben

In seinem Vortrage behauptet der Verfasser, dass die hormonalen Funktionen im Laufe des embryonalen und foetalen Lebens in grösserem Masse auftreten können als nach Geburt. Diese Meinung begründet er sowohl durch dem Rezultat seinem eigenen Erfahrungen und Beobachtungen als auch die anderer Verfasser. Die tyroidale Sekretion tritt in dem Phaenomen der Metamorphose auf, Welche diese beschleunigt. Der Eierstock bestimmt den sekundären sexuellen Charakter der Frau und dadurch die Entwicklung der Mama. Die Entwicklung der Organe ist wahrscheinlich mit der Function bestimmter Hormone in Verbindung. Viele Tatsachen weisen auf die Rolle der Hormone in der Entwicklung der Gewebe hin. In einer gewissen Periode des embryonalen Lebens nimmt die Lunge im Umsatz der Glucíden jene Rolle ein, welche in einem fortgeschritteneren Stadium der Entwicklung des Organismus, der Leber zukommt. Während der Zeit der embryonalen Entwicklungsperiode besteht auch eine interglanduläre Verbindung.

Wenn es tatsächlich so ist, dass die embrionalen, foetalen und maternen Hormone in der Entwicklung des neuen Organismus eine Rolle spielen, dann muss auch eine vorgeburtliche Endocrinopatologie vorhanden sein. Als Beweis der Existens dieser Endocrinopatologie führt der Verfasser eine Reihe von Tatsachen an: Congenitaler Kropf bei Nachkommen von Frauen mit endemischem Kropf, Fettsucht bei Kindern von Zuckerkranken Müttern, kongenitale Macroliposomie, welche wahrscheinlich von der Nebenniere kommt.

Das Bordet - Moon - Biedl - Lawrence - Syndrom (Fettsucht, Hypoplasie der Geschlechtsorgane, Polydaktilie prigmentäre Retinitis und Hemeralopie) wird von Pende als im Zusammenhang mit einer Unzulänglichkeit der Hypophyse betrachtet. Angeborene Anomalie, wie Hasenscharte kann hypophysäre Herkungt sein.

Es gibt auch eine im embryonalen Leben anwendbare Terapie, welche sich wahrscheinlich, zumal in der Zukunft stark ausgebaut werden wird. z. B: Iod-oder Schilddrüsentherapie der Mütter als Vorbeugung gegen Kropf der Kinder und eine Insulin Behandlung der Zuckerkranken Mütter gegen Fettsucht ihrer Kindern, etc.

Considerațiuni anatomo-clinice asupra cancerului primitiv al canalului hepatic în legătură cu un caz

de

Dr. Radu Petru și **Dr. Gligore Viorel**

Intr'o serie de lucrări, începând din anul 1840, s'a pus în discuție problema cancerului hepatic așa o serie de observațiuni *(Zesas, Netter* și *Rocco, Devic* și *Gallavardin, Howald, Schupell, Donati, Wyleyschanin,* etc.) atât la patul bolnavului, cât și pe masa de operație sau la necropsie.

Studiind literatura universală pe care o posedăm cu diferitele statistici, abea am putut aduna 36 cazuri. Aceasta arată raritatea localizării cancerului la nivelul căilor biliare. Astfel Zesas susține că localizarea neoplaziilor pe diferite segmente ale căilor biliare extrahepatice, în primul loc îl ocupă canalul choledoc, iar ultimul loc este ocupat de ductul hepatic.

Un astfel de caz am avut ocaziunea să observăm în clinica medicală I.

Obs. In ziua de 10 Februarie 1940, a fost internat în clinica medicală I. bolnavul E S. învățător, în etate de 43 ani, pentru coloratia icterică a tegumentelor și mucoaselor, astenie și slăbirea foarte mare în forțe fizice și greutate.

Antecedentele eredo-colaterale: nu prezintă nimic deosebit.

Antecedentele personale: dureri reumatoide de 20 ani la articulațiile membrelor inferioare; fumător moderat, alcoolic ocazional.

Boala actuală: datează aproximativ de 40 zile. A debutat insidios cu dureri vagi în regiunea epigastrică, cari au fost considerate la început ca un deranj stomacal. Cu timpul însă, aceste dureri s'au accentuat, având un caracter continuu, iar în a 8-a zi de boală observă că tegumentele şi mucoasele conjunctivale se colorează în galben. Simultan, urina devine de culoare brună (ca berea neagră), iar scaunul se decolorează; apare un prurit tegumentar rebel mai accentuat noaptea, insomnie, iperexcitabilitate şi slăbirea în forţa fizică şi greutate. După 35 zile dela apariţia fenomenelor descrise mai sus, bolnavul a pierdut în greutate 20 kgr.; este inapetent şi prezintă anorexie electivă faţă de carne.

Văzând că fenomenele amintite au un caracter progresiv, bolnavul se internează în clinică.

La *examenul obiectiv* se constată un bolnav de statură mijlocie, cu tegumentele icterice, ţesutul celulo-adipos şi muscular redus, iar părul aspru. Sistemul osos intact.

Ficatul mărit de volum, depăşeşte rebordul falselor coaste cu un lat de palmă, este mai consistent la palpare, uşor neregulat şi foarte sensibil. Din partea celorlalte organe nimic deosebit. Tensiunea arterială. 13—9. (V. L).

Examinările de laborator: 1. — Urina: culoarea brună închisă densitatea: 1010, albumină, puroiu, zahăr: negativ. Pigmenţi biliari: intens pozitiv urobilinogen: pozitiv.

2. — Sânge: reacţia Wesserman: negativă Cholesterină: = 2 % Bilirubină metoda directă = 2 unit., indirectă = 5 unit. Reacţia Takata-Arra = negativă. Reacţia Takata-Arra = modificată = slab pozitivă. Viteza de sedimentare a hematiilor după 2 ore = 97 diviziuni. Leucocite = 8000.

Tabloul sanghin: Polinucleare neutrofile, forme tinere = 5%. Polinucl. neutrofile cu nucleu în formă de bastonaş = 8 %. Polinucl. neutrofile cu nucleu formă segmentată = 79 %. Limfocite 4 %. Monocite 4 %. Reacţia Weinberg = Pârvu = negativă. Reacţia Cassoni = negativă.

3. — Scaun: în formă de balegă, de consistenţă păstoasă şi de culoare albă, uşor gălbuie, cu miros fetid; reacţia acida: microscopic: multe grăsimi neutre şi acizi graşi, foarte rar amidon, intra — şi extracelular, rar celuloză; nu se găsesc paraziţi sau ouă de paraziţi. Reacţia Gregersen în scaun = slab pozitiv. Pigmenţi biliari în scaun = slab pozitiv.

4. — Sondaj gastric: À jeun se extrag 30 cmc. suc gastric sero-mucos, uşor bilios. Acid chlorhidric liber = 19 cmc. Aciditatea totală = 36 cmc. Acid lactic = negativ.

Sondaj duodenal: bila A = galbenă aurie, clară. In sediment: foarte multe hematii, celule epiteliale duscumate, multe epitelii de glande duodenale; după administrarea sulfatului de magneziu, la 15 minute se obţine un lichid limpede uşor floconos, în sedimentul căruia se găsesc placarde de epitelii glandulari, multe celule epoteliale şi hematii.

Reacţia Gregersen în sucul duodenal = intens pozitivă.

Fermenţi pancreatici în sucul duodenal = pozitivi.

5. — Examenul radiologic al tubului digestiv:

Stomac: curbura mică infundată de umbra mărită a ficatului, în rest nimic deosebit. Bulbul doudenal: regulat, transit bun. După 7 ore, Bariu este în ultimele anse iliale, cecul indicat. După 24 ore, o mică parte din Bariu evacuat, restul compact, în transversul ptozat pe simfiză.

Proba de galactoză:

Ora	cant. urinei	dens.	galactoza la 6,667 cmc. urină	galactoză cantitativ	galactoza la litru
8—10 a. m.	70	1008	13,6 mlgr.	0,142 gr.	2,040 gr.
10—12 „	70	1012	40,4 „	0,424 „	6,058 „
12—18 „	200	1012	28,0 „	0,840 „	4,200 „
18— 8 dim.	270	1012	—	—	—
Total . .	610		82,0 mlgr.	1,406 gr.	12,298 gr.

Mersul boalei: se instituie un tratament cu ser glucozat 40 %; de 2-ori 5 unităţi insulină; Calomel 0,03 + lactoză 0,30; zilnic de 3 ori un praf. Raze ultrascurte pe regiunea ficatului. După 4 zile se înlocueşte tratamentul cu Calomel, cu emulsie de licithină.

Cu toate că bolnavul a urmat tratamentul indicat mai sus şi a păstrat repaos la pat, starea generală se agravează: bolnavul se simte extrem de slăbit, cu adinamie accentuată, o pronunţată sensaţie de gust amar în gură prezentând totodată vărsături bilioase (aproape incoercibile neinfluenţabile, epistaxis şi hemoragii gingivale abundente: mirosul hepatic pronunţat.

In a 8-a zi dela internare bolnavul prezintă un frison urmat de ridicarea temperaturii la 38 grade C pulsul devine filiform, abea perceptibil cu o frecvenţă de 110 bătăi pe minut. Leucocitoza: 22,000. La examen obiectiv se constată o infiltraţie difuză în regiunea submaxilară stg., foarte sensibilă la palpare (?) Fenomenele de mai sus se accentuează şi mai mult, bolnavul devenind uneori confuz. In a 11-a zi de internare în clinică bolnavul sucombă cu fenomenele marei insuficienţe hepatice.

In rezumat în acest caz se constată acuze din partea tubului digestiv şi a glandelor anexe, care se manifestă prin desvoltarea progresivă a unui icter, slăbire în forţa fizică, scăderea în greutate, anorexice electivă faţă de carne, dureri epigastrice şi adinamie extremă.

Având în vedere, pe de o parte tabloul fenomenelor clinice, iar pe de altă parte analizele de laborator (sondaj gastric şi duodenal, examenul coprologic examenele sanghine şi proba de galactozirie provocată) facem diagnosticul de icter mecanic. Se pune întrebarea: care este cauza căreia se datoreşte acest icter mecanic şi unde este localizată această cauză?

Analizând totalitatea factorilor incriminaţi în determinarea icterului mecanic:

intrinseci: (calculi, vezicală hidatică, ascarid,

extrinseci: (cancerul capului pancreasului, cancerul papilei lui Vater, aderenţe subhepatice, adenopatii tumoră abdominală, pancreatită cronică, anevrismul aortei abdominale), ori,

factorul funcţional (spasmul sfincterului lui Oddi, etc.) şi având în vedere posibibitatea de a-i exclude relativ destul de uşor, apoi ţinând seamă de debutul insidios, fenomenele dispeptice, emacierea rapidă progresivă, lipsa bilei la repetarea sondajului duodenal (prezenţa bilei A la primul sondaj, iar bila B limpede ca apa); prezenţa fermenţilor pan creatici, prezenţa sângelui în lichidul duodenal, precum şi prezenţa de placarde de epiteliu glandular duodenal, hepatomegalia, leucocitoza, reţinerea galactozei şi examenul materiilor fecale, apoi vârsta şi evoluţia clinică, pe drept cuvânt ne putem gândi la o afecţiune localizată pe *căile mari de scurgerea bilei:* canalul hepatic sau choledoc, datorit unui proces maligm.

Cadavrul este trimis la institutul de anatomie patologică pentru necropsie cu diagnosticul de *„cancer al căilor biliare mari, icter mecanic“.*

La autopsie se constată canalul choledoc liber, de calibru normal; vesicula biliară mai mică, plină cu un lichid vascos lim-

pede, clar. Căutând să se penetreze în canalul hepatic cu o sondă canelată se constată că este imposibil lumenul canalului fiind mult redus. Se deschide şi se constată o îngroşare a peretelui pe o distanţă de 1—2 cm datorit unui ţesut alb cenuşiu care înconjoară canalul ca un manşon: deasupra acestui manşon canalele hepatice şi căile biliare extrahepatice sunt mult dilatate. Ficatul este mult mărit, moale la palpare. Pe suprafaţa de secţiune, desenul glandular e şters, întreaga suprafaţă are o culoare verzuie; nu se găsesc nicăeri metastaze tumorale.

La examenul histo-patologic în secţiunile făcute din peretele canalului hepatic, se observă foarte multe formaţiuni glandulare, în toate straturile: unele din aceste glande sunt mici, altele mai mari şi sunt căptuşite pealocuri de un singur rând de celule, în alte părţi de mai multe rânduri de celule. Unele din aceste celule nu-şi păstrează membrana bazală, ci pătrund în ţesutul din jur. Intre aceste glande se observă o bogată stromă conjunctivă.

Aspectul microscopic este al unui *„adeno-carcinom al canalului hepatic“*.

Din punct de vedere *anatomo-patologic* cancerul canalului hepatic, macroscopic se poate prezenta sub 2 forme:

In forma *nodulară* neoformaţiunea variază ca mărime, dela dimensiunea unui bob de grâu, până la mărimea unui nuci mai mici. In această formă tumora este mai întotdeauna net limitată cu suprafaţa netedă, alteori neregulată, conopidiformă, proeminentă în lumenul ductului şi cu baza de înplantare în peretele canalului. In cazul când tumora este de dimensiuni mici, pe masa de operaţie sau la necropsie, trebue să se facă o examinare cât mai amănunţită pentru a nu trece cu vederea localizarea neoformaţiei.

Cea a doua formă este aşa zisa *„formă circulară“* (inelară) când neoformaţiunea înconjoară canalul ca un manşon (inel) pe o distanţă scurtă, fiind bine delimitată; în cazul când tumora interesează peretele pe o distanţă mai mare — difuz — fără linie de demarcaţie, canalul are aspectul unui tub rigid, iar peretele canalului este mult îngroşat. In ambele cazuri suprafaţa de secţiune tumorală are o culoare albă gălbuie, de pe care se rade un suc lăptos.

In ceea ce priveşte *localizarea cancerului* canalului hepatic pe diferitele segmente, primul loc îl ocupă confluenţa celor 2 ramuri, mai rar pe una din ramuri (Netter şi Rocca) şi extrem de rar pe treimea inferioară a ductului hepatic.

Prezenţa tumorii pe traectul oricărui segment al canalului hepatic — în ambele forme — are ca rezultat o obstrucţie uneori completă, alteori incompletă a ductului hepatic. De cele mai multeori lumenul este găsit permeabil pentru o sondă de calibru mai mic sau de un stilet fin, cu toate că decursul evoluţiei tabloului clinic şi examenele de laborator denotă o obstrucţie completă. Deasupra obstacolului se produce în totdeauna o retrodilatare a căilor biliare extra şi intrahepatice cu stagnarea bilei având drept consecinţă creşterea în volum a ficatului care devine moale, sensibil şi uneori neregulat. Vesicula biliară, choledocul şi ampula lui Vater, rămân între limita dimensiunilor normale, sau în majoritatea cazurilor se atrofiază. Ficatul pe suprafaţa de secţiune are o culoare galbenă, verzuie. Debove susţine că în acest cancer, ficatul nu depăşeşte mărimea normală.

Din punct de vedere *microscopic*, tumora are structura unui adeno-carcinom cu o bogată stromă conjunctivo-musculară.

Metastazele în acest carcinom, le întâlnim rareori, datorită rapidităţii cu care evoluează spre fatalitate. Singurul caz al lui Wyleyschanin nu justifică această părere, deoarece dela apariţia icterului până la exitus s'au scurs 18 luni. Moartea se datoreşte retenţiei biliare a toxinelor şi fenomenelor hepatice consecutive.

In cazul când metastazele sunt prezente, se găsesc numai la organele din vecinătate, metastazarea fiind produsă prin invadare pe cale canaliculară sau pe cale vasculară, la ficat, ganglionii din apropiere, pancreas, duoden, stomac. Astfel Danoli din 28 cazuri de cancer al canalului hepatic, întâlneşte metastaze numai în trei cazuri.

In raport *cu vârsta* cancerul canalului hepatic se întâlneşte în numărul cel mai mare în decada a 5-a, 6-a şi a 7-a a vieţii.

In raport *cu sexul*, îl întâlnim mai frecvent la bărbaţi decât la femei, raportul fiind 2 : 1.

Nu se poate face nicio legătură între prezenţa litiazei biliare şi apariţia cancerului hepatic. Chiar Zesas, care din 34 cazuri, găseşte în 4 cazuri litiază biliară, aminteşte numai existenţa calculilor, fără a face vreo asociaţie între apariţia cencerului şi prezenţa litiazei. Toţi autorii sunt de acord asupra părerii, că în etiologia şi patogenia cencerului hepatic, litiază biliară nu joacă niciun rol: de altfel etiologia cancerului până în prezent este necunoscută, cu toate că se învocă o mulţime de factori şi s'au emis teorii multiple.

Tabloul clinic, sub care se manifestă cancerul canalului hepatic, este cel al sindromului icterului mecanic. In stabilirea unui tablou simptomatologic trebue să avem în vedere toate căile pe cari urmează bila: canalul hepatic, cistic, vesicula biliară, canalul choledoc, papila lui Vater, şi vom vedea că întâmpinăm dificultăţi mari, cu atât mai mult cu cât majoritatea semnelor prezintă şi caracterele altor afecţiuni localizate fie la nivelul acestui organ, fie la organele din vecinătate, cum este mai ales pancreasul. Dacă bolnavul se prezintă la scurt timp după apariţia primelor simptome, diferenţierea (individualizarea) este mai uşoară şi anume, cancerul vesiculei biliare şi al papilei lui Vater, au un tablou clinic cu totul deosebit, de acel al cancerului celorlalte căi, cari au o manifestare clinică asemănătoare şi destul de caracteristică.

Profesorii Haţieganu-Goia vorbesc de cancer *„juxta-hepatic"* atunci când procesul neoplasic interesează hepaticul şi cisticul, şi *„juxta-duodenal"* când interesează ductul choledoc. Ţinând seamă de aceasta împărţire, vom vedea că într'adevăr există o oarecare diferenţiere şi în simptomatologia clinică.

Dacă avem în vedere în evoluţia afecţiunii apariţia simptomelor precum şi ordinea de succesiune a fenomenelor am putea distinge 3 perioade:

Perioadă primă se caracterizează prin apariţia unor fenomene incerte în dispoziţie generală, nervozitate, cefalee, insomnie, sau prin fenomene dispeptice, cari de cele mai multeori sunt trecute cu vederea. Uneori este prezentă anorexia electivă faţă de unele alimente (carne, grăsimile) alteori, bolnavul acuză o jenă în regiunea epigastrică, care survine inmediat după alimentaţie; rareori survin dureri difuze abdominale. De obiceiu această perioadă lipseşte sau trece neobservată.

Boala poate debuta însă deodată cu simptomatologia *perioadei a doua,* care se mai poate numi perioada *„sindromului icteric"*, după semnul ce o caracterizează. Icterul se instalează pe indelete, este invariabil *(A. Gosset* şi *Petit Dutailles)* având un mers progresiv pe zi ce trece, dând tegumentelor o culoare galbenă verzuie murdară, care se intensifică până la culoarea verde-brună (icter melans). Bolnavul slăbeşte se caşectizează, apar uneori hemoragii diverse şi turburări digestive: anorexie totală, mai rar electivă, vărsături incoercibile, scaun decolorat-fetid, uneori diarei cu multe grăsimi şi albumine: reacţia *Gregersen* sau *Weber* e pozitivă. Durerea în această perioadă este continuă, foarte rar apărând pe acest fond dureros crize de colice hepatice, pulsul devine bradicardic, slab bătut, temperatura fiind de obiceiu normală; hipertermia când este prezentă, este de natură infecţioasă.

Ficatul este mărit, depăşeşte rebordul false lor coaste, regulat, moale şi discret sensibil; într'o fază mai avansată devine dur, mai mic de volum — din cauza cirozei biliare — şi dureros la palpare. Vesicula biliară nu se palpează *(legea lui Claise)* splina uşor mărită la percuţie.

Urina e colorată în brun ca berea neagră, bogată în pigmenţi biliari; într'o fază mai avansată choluria este totală şi în acest stadiu din cauza cholemiei se prezintă xantelasma.

Cel mai preţios indiciu în această perioadă este sondajul duodenal cu ajutorul căruia obţinem rareori bila, la începutul boalei; mai târziu nu se obţine bila. De obiceiu se extrage un suc bilios sau un lichid duodenal alb gălbui cu fermenţi pancreatici. Sângerarea este întotdeauna prezentă.

Bolnavul slăbeşte progresiv în forţa fizică şi greutate, datorită toxinelor acumulate în organism. Spre sfârşitul acestei perioade, retenţia biliară îndelungată precum şi diminuarea rezistenţei organismului favorizează exaltarea virulenţei florei bacteriene care se găseşte în mod normal pe traectul căilor biliare, dând naştere la fenomene cari caracterizează inflamaţiunea sau supuraţia acestor căi.

Perioada a treia se manifestă prin semnele complicaţiunilor, cari deviează tabloul clinic dela mersul obişnuit, datorită infecţiilor localizate pe căile biliare sau cari se extind asupra întregului organism: septicemii, (cum a fost şi în cazul nostru) piemii, supuraţia căilor biliare, ori se propagă pe cale hematogenă sau prin contiguitate la organele vecine. (Ficat, peritoneu, pleură, etc.). In general bolnavii sucombă în comă datorită fie uneia din infecţiunile supraadăugate, fie prin insuficienţa mare hepatic sau prin caşexie pronunţată.

Diagnosticul clinic al cancerului canalului hepatic este aproape imposibil de făcut: se poate presupune însă prezenţa neoplaziei localizate la acest nivel. Confirmarea diagnosticului clinic trebue făcută întotdeauna prin laparatomie exploratorie într'un scurt timp (1—2 luni dela apariţia sindromului icteric, când timpul de sângerare şi coagulare nu este prelungit şi până când bolnavul nu prezintă puseuri febrile de angiocolită, iar starea generală este relativ bună.

Totuşi, dacă pe de o parte avem în vedere trecutul boalei, evoluţia icterului, starea ficatului durerile epigastrice, emacierea rapidă şi progresivă, uşoară splenomegalie, anemia şi uneori febra, iar pe de altă parte completarea ansamblului acestor fenomene cu examinările de laborator: sondaj duodenal, dozarea fermenţilor pancreatici (sucul duodenal, urină, sânge şi scaun), examenul scaunului, choluria, cholemia, leucocitoza, examenul radiologic al tubului digestiv, dar mai ales — de un real folos — proba de galactozurie provocată, aproximativ în 99 % a cazurilor facem diagnosticul de cancer al căilor biliare mari: ductul hepatic sau choledoc.

Diagnosticul diferenţial între cancerul canalului hepatic şi al celorlalte căi de scurgere a bilei se face în baza următoarelor criterii, orientându-ne după chema de mai jos dată de *Dl Prof. I. Haţieganu.*

	Cc. al canalului hepatic	Cc. al canalului coledoc	Cc. al papilei lui Vater
1.	Icterul constant şi progresiv	Icter progresiv	Icter variabil
2.	Ficat mare şi moale, sensibil (normal după Debov)	Ficat mare şi sensibil	Ficat mare şi sensibil
3.	Vesicula biliară normală (legea lui Claise)	Veziculă destinsă (Courvoizier-Terier)	Vesicula destinse (Courvoizier-Terier)

	Cc. al canalului hepatic	Cc. al canalului coledoc	Cc. al papilei lui Vater
4.	Leucocitoză constantă în toate trei formele		
5.	Splină mărită la percuţie	Uşoară splenomegalie	Splenomegalie
6.	In sucul duodenal sângerarea pozitivă în toate trei formele		
7.	In faza incipientă în toate trei cazurile se obţine bila; într'o fază mai înaintată bila lipseşte		
8.	In loc de bilă, uneori se obţine un lichid vâscos, limpede (cazul de faţă)	Lichidul lipseşte la fel şi bila	Obţinem numai suc duodenal
9.	Fermenţi pancreatici prezenţi (disociaţia chole-lipasică)	Fermenţi pancreatici prezenţi (disociaţia chole-lipasică)	Absenţa fermenţilor pancreatici
10.	In sedimentul sucului duodenal multe celule epiteliale	Idem	In sedimentul sucului duodenal placarde de epiteliu glandular sau chiar celule tumorale

In continuare să mai excludem şi o serie de alte boli rezultate fie prin suferinţa conductelor biliare însăşi sau unui organ din vecinătate.

Pentru aceasta ne servim de ansamblul examenelor clinice, de laborator şi radiologice, astfel că în majoritatea cazurilor vom reuşi să precizăm diagnosticul.

Bolile cari ar mai putea intra în discuţie ar fi:

A) de natură traumatică, cum ar fi *obstrucţiile mecanice* ale căilor biliare produse de calculi.

B) de natură inflamatorie: angiocolitele, sifilisul, tuberculoza, lepra, actinomicoza şi pancreatitele cronice.

C) Viermi intestinali: ascarizi, distoma hepatică *(Haţieganu* a descris un caz) chistul hidatic.

D) neoplaziile: Cc. al capului pancreasului, al veziculei biliare, al duodenului şi numai extrem de rar ne vom gândi la tumorile benigne, cum ar fi fibromul, lipomul, etc.

Prognosticul acestei afecţiuni este grav, ducând în câteva luni la un sfârşit letal, singur N. I. Wyleyschanin citează cazul său, unde dela apariţia icterului şi până la exitus a trecut un an şi jumătate.

Tratamentul cancerului canalului hepatic se împarte în:

a) *Tratamentul medical* prin care se urmăreşte ameliorarea simptomelor, prin urmare este mai mult paliativ. Se rezumă la prescrierea unui regim hepatic şi la administrarea de injecţii cu glucoză, calomel, emulsie de lecithină; nu se administrează preparatele cholagoge *(Haţieganu).* Niciodată nu trecem cu vederea administrarea de calmante şi fizioterapia. Unii au încercat radioterapia, dar fără rezultat.

Singurul tratament care aduce servicii, mai ales când este aplicat din primele momente este:

b) *cel chirurgical* care poate să se rezume la extirparea tumorii şi refacerea cursului bilei prin reînplantarea canalului hepatic în duoden, sau dacă nu este extirpabilă tumora, atunci se recurge fie la o drenare a canalului hepatic la tegumente ori la anastomoza gastro-hepatică laterală preconizată de Delbet. Toate operaţiile menţionate mai sus (chiar laparatomia exploratorie) dau o mortalitate mare, 70—80 % a cazurilor.

In concluzie, cancerul canalului hepatic este o afecţiune foarte rară, care din punct de vedere clinic evoluează sub aspectul sindromului icteric progresiv. Diagnosticul clinic este aproape imposibil de făcut, se poate însă presupune localizarea neoplaziei, în baza schemei date mai sus. Prognosticul este totdeauna rezervat: dacă nu se poate extirpa tumora, atunci în 4—6 luni dela apariţia icterului, duce la exitus.

(CLINICA MEDICALĂ I. DIN CLUJ—SIBIU
Director Profesor: Dr. Iuliu Haţieganu)

RESUMÉ

Considérations anatomo-cliniques sur le cancer primitif du canal hépatique en liaisou avec un cas personel

Les auteurs décrivent un cas de cancer primitif du canal hépatique chez un homme de 43 ans avec fin mortelle. Le cancer du canal hépatique est une affection très rare, qui cliniquement évolue sous l'aspect du syndrome icterique progressif. Le diagnostic clinique est à peu près impossible à faire, on peut tout de même soupçonner la localisation de la tumeur en se basant sur le schema indiqué dans le texte. Le pronostic est toujours réservé parceque si on ne peut pas extirper la tumeur, alors dans 4—6 mois après l'apparition de l'ictère survient l'exitus.

ZUSAMMENFASSUNG

Anatomo-Klinische Betrachtungen über primitiven Krebs des Ductus hepaticus im Zusammenhange mit einem Fall

Es wird ein Fall primitiven Krebses des hepatischen Kanals bei einem Manne von 43 Jahren, mit tödlichem Ausgang, beschrieben. Der Krebs des hapatischen Kanals ist selten, von klinischem Standpunkte aus gesehen entwikelt er sich wie ein progresives ikterisches Syndrom. Eine klinische Diagnostik kann fast unmöglich gestellt werden, jedoch wird angenommen, dass sich dasselbe auf Grund des angegebenen Schemas lokalisiert. Die Prognose ist immer zurückhaltend (reserviert), wenn die Geschwulst nicht beseitigt werden kann, so tritt 4—6 Monate nach Auftreten der Gelbsucht der Tod ein.

Considerațiuni asupra cazurilor de boli infecto-contagioase internate în serviciul de boli contagioase a Spitalului Public din Sibiu în cursul anului 1940

de

Conf. Dr. I. Gavrilă și **Dr. Gh. Faur**

In cursul anului 1940 au fost internați și tratați în serviciul de boli contagioase a Spitalului Public Sibiu un număr total de 319 bolnavi, cu un număr total de 6233 zile de tratament, în medie pe bolnav aproximativ vine 20 de zile de internare.

Din aceste cazuri boli infecto-contagiase propriu zise au fost 297, restul cazurilor au fost boli diverse medicale, trimise în serviciu ca suspecte de o boală infecțioasă, ceeace apoi s'a infirmat.

Aproximativ 40% a cazurilor provin din municipiul Sibiu, restul cazurilor provin din comunele județului Sibiu, câteva cazuri din județele limitrofe Sibiului.

Dăm întâiu un tablou al tuturor bolilor infecto-contagioase internate, cu procentul de mortalitate pentru fiecare boală în parte.

Boala	*Nr. cazurilor*	*Morți* Nr.	%
Febra tifoidă	82	8	9,6
Scarlatină	84	5	5,9
Rugeolă	10	0	0
Erizipel	33	0	0
Meningită cerebro-spinală epidemică	11	2	18,1
Tetanus	3	2	
Difterie	12	1	8,3
Gripă	28	0	0
Dizenterie	18	1	5,5
Gastro-enterită toxi-infecțioasă	15	1	6,6
Total	297		

Să analizăm pe scurt fiecare boală:

Febra tifoidă. Numărul cazurilor de febră tifoidă a fost de 83, cu 8 morți, deci 9,6%, procent de mortalitate destul de redus, fiindcă el la noi în țară în general variază între 10—20%.

După luni cazurile se repartizează astfel: intrați în cursul lunei Ianuarie 27, Februarie 12, Martie 1, Aprilie 2, Mai 3, Iunie 3, Iulie 2, August 3, Sept. 8, Oct. 3, Nov. 17, Dec. 2.

După localitatea de unde vin se împart: din municipiul Sibiu 13 cazuri, din județul Sibiu 68 (comunele: Tălmaciu 32, Sadu 17, Racovița 4, Agnita 2, Avrig 1, Bogatu 2, Rusciori 2, Chirpăr 1, Bungard 1, Boița 1, Cisnădie 2, Gușterița 1, Roșia de Secaș 1, Ludoș 1), din județul Făgăraș 2.

După sex sunt 51 bărbați și 32 femei, deci predomină sexul masculin, ceeace este în contrazicere cu toate statisticile de până acum, în cari în toate predomină sexul femenin, această ultimă constatare toți autorii explicând-o prin faptul că bărbații sunt imunizați în timpul serviciului militar prin vaccinare antitifică. Insă dacă examinăm cazurile după sex și după vârstă, această contrazicere dispare, fiindcă după acest criteriu se împart în felul următor: între 6—10 ani 1 băiat, între 11—15 ani 9 băieți și 2 fete, între 16—20 ani 26 băieți și 13 fete, între 21—25 ani 9 bărbați și 6 femei, între 26—30 ani 2 bărbați și 3 femei, între 31—40 ani 2 bărbați și 3 femei, între 41—50 ani 2 bărbați și 2 femei, între 50—60 ani 3 femei. Se constată deci că proporția mare de bărbați este mai ales până la 20 de ani, până încă nu sunt vaccinați; până la această vârstă sunt 36 bărbați și 15 femei. După 21 de ani proporția este de 15 bărbați și 17 femei. Astfel că după vârsta vaccinărilor antitifice se constată o foarte ușoară predominare a bolii la femei, ceeace concordă cu statisticele tuturor autorilor.

Vârsta celor 8 cazuri mortale a fost: 1 de 9 ani, 2 de 15 ani, 1 de 16 ani, 1 de 21 ani, 1 de 25 ani, 1 de 28 ani, 1 de 42 ani. Deci cazurile mortale se repartizează la toate vârstele dela 9 la 42 de ani, ceeace este în special de remarcat, este că sunt 4 cazuri mortale până la 16 ani; aceasta arată că boala poate evolua foarte grav, chiar mortal, și în vârsta copilăriei. Deci regula care spune că febra tifoidă evoluiază mai ușor la copii este contrazisă prin aceasta statistică.

Tratamentul aplicat în cazurile de febră tifoidă a fost următorul: *a)* Regim alimentar. *b)* Chimioterapia, în special cu piridiu în injecții; s'au aplicat și sulfamidele colorate: prontosilul și rubiazolul. Des s'au făcut injecții cu urotropină. *c)* Tratament simptomatic obișnuit.

Scarlatină. Au fost 84 cazuri de scarlatină cu 5 morți, deci o mortalitate de 5,9%, ceea ce este o cifră inferioară celei întâlnită în mod obișnuit la noi în țară, care este în medie 10%.

După luni cazurile se repartizează astfel: Ianuarie 5, Februarie 5, Martie 20, Aprilie 8, Mai 6, Iunie 9, Iulie 8, August 4, Sept. 2, Oct. 5, Nov. 10, Dec. 2.

După localitate, 42 de cazuri sunt din municipiul Sibiu, deci jumătate; cealaltă jumătate a cazurilor provine din județul Sibiu.

După sex se împart: 41 bărbați și 43 femei.

După vârstă se repartizează astfel: dela 1—2 ani 2 bolnavi, dela 3—5 ani 29, dela 6—10 ani 19, dela

11—15 ani 22, dela 16—20 ani 5, dela 21—30 ani 2, dela 31—40 ani 4, dela 41—50 ani 1 bolnav. Deci cei mai mulţi bolnavi sunt dela 3—5 ani, unde sunt 29, apoi imensa majoritate a cazurilor cade dela 3—15 ani, 60 de bolnavi, totuşi nici la adulţi cazurile nu sunt excepţionale.

Ca tratament s'a aplicat în primul rând seroterapia specifică cu ser antiscarlatinos de animal, în cazurile grave şi mijlocii de scarlatină. In cazurile uşoare de scarlatină deobiceiu nu se aplică seroterapia de animal, fiindcă aceste cazuri se vindecă foarte bine şi fără acest ser, deci nu mai expunem pe aceşti bolnavi uşori unei eventuale boala serului, care câte odată se poate prezenta cu fenomene foarte grave, mult mai grave decât boala însăşi. Cantitatea de ser de administrat în cazurile grave este de 100—200 c. c. pe zi, în cele mijlocii 40—60 c. c. pe zi, deobiceiu intramuscular, câteva zile (2—4) dearândul, după gravitatea cazului. Serul de convalescent scarlatinos este superior ca eficacitate terapeutică serului de animal, deci dacă îl avem la dispoziţie îl vom administra pe acesta şi aproximativ în aceleaşi doze ca şi serul de animal. Serul de convalescent se poate administra şi în cazurile uşoare de scarlatină, fiindcă el nu produce boala serului. La seroterapie adesea am ataşat şi chimioterapia cu sulfamide colorate (prontosil, rubiazol); în cazurile uşoare şi mijlocii adesea am aplicat numai această chimioterapie. In rest tratamentul a fost simptomatic şi dietetic.

Rugeolă. Au fost 10 cazuri, toate vindecate. Vârsta cazurilor variază dela 1—30 ani. Din municipiul Sibiu au provenit 8 cazuri, restul din judeţ.

Erizipel. Au fost 33 de bolnavi, toţi vindecaţi. Vârsta a fost următoarea: 1 între 1—5 ani, 3 între 5—10 ani, 5 între 10—20 de ani, 10 între 20—40 de ani, restul de 15 peste 40 de ani. In 21 de cazuri erizipelul a fost localizat pe faţă, în restul cazurilor în alte regiuni ale corpului.

Ca tratament s'a utilizat aproape totdeauna sulfamidoterapia, în special sulfamidele colorate: prontosil, rubiazol, pe cale bucală şi în injecţii.

Meningita cerebro-spinală epidemică. Au fost 11 cazuri cu 2 morţi, 18,1%, procent de mortalitate întâlnit în aproape toate statisticele cu toată terapia aplicată. Vârsta cazurilor a fost următoarea: 1 între 1—5 ani, 3 între 5—10 ani, 5 între 10—20 ani, 2 între 20—30 ani. Cele două cazuri mortale ambele au avut vârsta de 9 ani.

Tratamentul aplicat a constat în terapia specifică cu ser antimeningococic polivalent (Dr. I. Cantacuzino), administrat în doze mari şi prelungit pe cale intrarachidiană, intramusculară. La seroterapie s'a asociat în cele mai multe cazuri sulfamidoterapia, în special cu dagenan, această asociaţie dând rezultate terapeutice optime.

Tetanus. Au fost 3 cazuri, de 5, 12 şi 16 ani. Din ele au sucombat 2, pe lângă toată seroterapia masivă aplicată.

Difterie. Sunt 12 cazuri cu un mort, 8,3%. Vârsta cazurilor a fost: 5 între 1—5 ani, 4 între 5—10 ani, 3 între 11—20 de ani. Cel mort a fost o fetiţă de 4 ani. Tratamentul aplicat a fost seroterapia specifică cu ser antidifteric în doze corespunzătoare gravităţii bolii, asociată de tratament simptomatic.

Gripă. S'au înregistrat 28 de cazuri de gripă, cele mai multe cu forme simple de gripă, numai în 5 cazuri complicată cu congestie pulmonară. Toate cazurile s'au vindecat. Vârsta cazurilor a variat între 5—50 de ani. Tratamentul aplicat a fost cel obişnuit, în complicaţiile pulmonare am utilizat des piridiul în injecţii intravenoase.

Dizenterie. Sunt 18 cazuri. In cele mai multe diagnosticul de dizenterie a fost stabilit numai clinic. Vârsta cazurilor a fost: 1 de 2 ani, 5 între 5—10 ani, 6 între 11—20 de ani, restul între 21—50 de ani. Un caz a sucombat, în vârsta de 9 ani, care s'a complicat cu o nomă.

Tratamentul aplicat a fost seroterapia specifică antidizenterică polivalentă, în rest regim şi tratament simptomatic.

Gastro-enterită toxi-infecţioasă. Au fost 15 cazuri, dintre cari a sucombat 1, în vârstă de 3 ani. Vârsta celorlalte cazuri a variat dela 10—70 de ani. Tratamentul aplicat a fost cel obişnuit în astfel de împrejurări.

In toate bolile infecţioase, în special în febra tifoidă, difterie, scarlatină, aplicăm pe o scară foarte întinsă în terapeutica lor vitamina C.

SPITALUL PUBLIC DIN SIBIU
SERVICIUL DE BOLI CONTAGIOASE

Medic primar Conf. Dr. I. Gavrilă

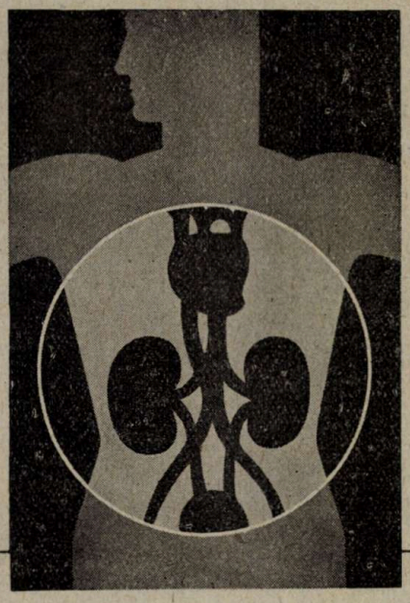
RESUMÉ

Considérations

sur les cas de maladies infectieuses traitées dans le service de maladies contagieuses de l'hôpital public de Sibiu au cours de l'année 1940

Pendant l'année 1940 on a traité dans ce service 297 malades, parmi lesquels 83 cas de fièvre typhoïde avec 8 morts (9,6%), 84 cas de scarlatine avec 5 morts (5,9%), 10 cas de rougeole, tous guéris, 33 cas d'érysipèle, tous guéris, 11 cas de méningite cérébro-spinale épidémique avec 2 morts (18.1%), 3 cas de tétanus, avec 2 morts, 12 cas de diphtérie avec 1 mort (8,3%), 28 cas de grippe, tous guéris, 18 cas de dysenterie avec 1 mort (5,5%), 15 cas de gastro-entérite toxique avec 1 mort (6.6%).

Comme traitement on a appliqué: dans la fièvre typhoïde régime alimentaire, chimiothérapie (rubiasol, prontosil, pyridium, urotropine), traitement symptomatique habituel. Dans la scarlatine sérothérapie antiscarlatineuse specifique, sérum de convalescente, chimiothérapie (rubiasol, prontosil).



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

Hormonul lactației

pentru prima oară introdus în terapeutică
prin

Suppletan-Salbe

bazat pe faptul că aplicația locală percutană este cel mai favorabil mod de întrebuințare pentru acest hormon.

Indicațiuni: agalactie hormonală, încetarea timpurie a secreției lactate.

Forma de prezentare: tub. orig. cu 20 g.

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Dans l'érysipèle la chimiothérapie avec les sulfamides colorées. Dans la méningite cérébro-spinale épidémique thérapie associée: sérothérapie antiméningococique polivalente et sulfamidothérapie avec dagenan. Dans le tétanus sérothérapie antitétanique massive. Dans la diphtérie la sérothérapie antidiphtérique dans les doses correspondantes.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Fälle von Infektionskrankheiten im Epidemiespital Sibiu-Hermannstadt, im Jahre 1940

Im Laufe des Jahres 1940 sind im Epidemie Spital 267 Kranke behandelt werden, darunter 83 Typhuskranke mit 8 Todesfällen (9,6%), 84 Scharlachfälle mit 5 Toten (5,9%) 10 Fälle mit Masern, alle geheilt, 33 Fälle von Erizipel, alle geheilt, 11 Fälle epidemischer cerebro-spinaler Hirnhautentzündung, 2 tödlichen Ausganges (18.1%), 3 Fälle mit Tetanus dabei 2 Tote, 12 Diphterie-Fälle mit einem Toten (8.3%), 28 Fälle von Grippe, sämtliche geheilt, 18 Fälle von Ruhr mit einem Toten (5.5%) 15 Fälle toxischer Gastro-Enteritis mit einem Toten (6.6%).

Als Behandlung wurde angewendet: bei Typhus, 1. enisprechende Ernährung. 2. Chemiotherapie (Prontosil, Rubiazol, Pyridium, Urotropin), 3. die gewohnte simptomatische Behandlung. Bei Scharlach die specifische Antischarlach-Therapie, Reconvaleszenten Serum, Chemiotherapie (Prontosil, Rubiazol), Bei Erysipel Chemiotherapie mit colorierten Sulfamiden, bei epidemischer Cerebrospinal-Meningitis eine kombinierte Therapie: polyvalentes Antimeningococken Serum und Sulfamido-Therapie mit Dagenan. Bei Tetanus eine massive Serotherapie mit Antitetanus-Serum. Bei Diphterie Serotherapie gegen Diphterie in entsprechenden Dosen.

Probleme terapeutice

Hormonul mamar și utilizarea lui în clinică

de

Profesor Dr. Cristea Grigoriu, Directorul Clinicei Ginecologice și Obstetricale Cluj-Sibiu **și Dr. I. Petrescu**

Problema secreției interne a glandei mamare este prea puțin cunoscută de lumea stiințifică medicală și chiar de către specialiști, pe de altă parte fiind și prea puțin studiată.

Cât privește folosirea extrasului mamar, nu i s'a dat importanța cuvenită sau nu s'a insistat prea mult asupra întrebuințării lui, mult timp și astăzi încă, se folosește într'un mod cu totul empiric necunoscându-i-se adevăratele lui proprietăți biohormonale. Astăzi, bazați pe cercetările noastre făcute în lumina noilor cunoștințe endocrinologice și fiziologice, glanda mamară are fără îndoială o secreție internă, iar produsul ei folosit sub formă de extras mamar, trebue să fie considerat ca adevăratul ei secret hormonal; întrebuințarea lui trebue să-și găsească rangul pe care-l merită, atât în terapia ginecologică și obstetricală cât și ca medicație de preferat în unele afecțiuni-hiperfoliculinemie, fibroame și miofibroame uterine, hipertrofie de prostată, așa cum se va vedea mai jos.

Din acest punct de vedere, noi am atras atenția prin publicațiile noastre, în o lucrare de ansamblu, și în mai multe articole și comunicări, în care am precizat diferitele proprietăți fizicochimice și biohormonale ale extrasului de glandă mamară și am stabilit experiențele și faptele clinice care pledează în favoarea secreției interne a glandei mamare.

Printre primele experiențe doveditoare de existența unei reacțiuni endocrine, sunt experiențele lui *Ribbert*, care a arătat că, hipertrofia mamară în timpul sarcinei, poate să se producă într'o glandă inserată în lobulul urechii în afară de orice influență nervoasă.

Grigoriu (1910) a arătat, pentru prima dată, acțiunea extraselor placentare asupra glandei mamare la animale în parabioză, fiind prima lucrare care demonstrează acțiunea la distanță a unui extras glandular.

Pettinari susține că ovarul de cobai este capabil să producă el singur, hormonii necesari pentru a provoca hipertrofia mamară și secreția lactată.

Astăzi, din cercetările mai noi asupra reacțiunilor hormonale mamare, putem rezuma astfel datele acestei probleme: glanda mamară este pusă sub o triplă influență hormonală:

1. *foliculară*, 2. *luteinică*, 3. *hipofizară*, adăogând că față de *hormonul mascul-hormonul testicular* (testosteron) glanda mamară are o reacțiune inversă, funcțiunea ei externă fiind sistată, 4. intervenția unui *factor-nervos* manifestat secundar: în declanșarea secreției glandei mamare sunt unele experiențe ale lui *Collip*, *Thompson* și *Selye*, care pledează în favoarea existenței unei căi nervoase utero-mamare și utero-hipofizare, și care ar juca un rol în instalarea și menținerea lactației.

Opus acestei acțiuni a ovarului și hipofiziei asupra glandei mamare, trebue subliniat influiența glandei mamare asupra funcțiunei organelor genitale, care ne dovedește existența unei secreții interne a acestei glande:

Se cunoaşte astfel dispariţia menstruaţiilor în timpul alăptării, reapariţia menstruaţiei după suprimarea acesteia, diminuarea fecundităţii mamelor în timpul alăptării. Nu este locul de a enumăra nenumăratele observaţii şi experienţe în legătură cu funcţiunea endocrină a glandei mamare, fie directă, fie indirectă via hipofiză, cadrul articolului nepermiţându-ne aceasta. Vom cita numai unele observaţii şi experienţe clasice, doveditoare de rolul endocrin al acestei glande:

Vogt, într'un caz de arsură a pielei sânului, a observat o galactoree abundentă şi menstruaţiile au fost suprimate timp de 14 luni, în timpul cărora epidermizarea arsurei a fost complet restabilită.

Unele experienţe par de asemenea să ne arate existenţa hormonului mamar: *Schiffmann şi Vystavel* prin injecţii de extras de glandă mamară la iepuroaice gravide au provocat acestora avortul.

Fedoroff, prin injecţii la animale cu extras mamar, a obţinut o diminuare de volum a uterului. Un rezultat analog, observat la femele în plină desvoltare, a fost hipertrofia glandelor suprarenale.

Acţiunea reciprocă a glandei mamare şi a altor glande endocrine, găseşte expresia sa în ginecomastia legată deseori de o insuficienţă testiculară; s'a mai observat într'un caz în care ablaţiunea glandei mamare a provocat un mixoedem acut urmat de moarte, (glanda mamară ar putea supleea, în unele cazuri, funcţiunea glandei tiroide. Djemil; Pacha).

In ceea ce priveşte opoterapia mamară, extrasul mamar a fost utilizat ca galactagog din timpuri îndepărtate. Opoterapia mamară antagonistă a fost utilizată de autori americani şi englezi contra metroragiilor (Bell 1894, Schober, Crouse), apoi de medici ruşi (Fedoroff, Kalaban), în Franţa de Batuaul (Dalché, Luncz); mai recent s'a încercat să se excite funcţiunea mamară prin mijloace fizice. Alţi autori l-au folosit în tuberculoză activă pulmonară şi în maladia lui Addison.

Chestiunea care se pune este de ştiut dacă glanda mamară are o secreţie internă. Părerile diferiţilor autori sunt divergente şi chiar contradictorii, unii mergând până acolo să nege orice rol endocrin al glandei, ea fiind legată de o schimbare fiziologică temporară a organismului — de prezenţa graviditătii. Pentru a ne da seama însă de importanţa mare endocrină a unei glande şi totuşi în legătură cu o stare fiziologică temporară a organismului, amintim placenta şi despre al cărei rol endocrin nu mai există nicio îndoială.

Noi ne-am întrebat de faptul dacă, în timpul lactaţiei, suprimarea menstruaţiilor şi a ciclurilor oestrale nu ar fi datorită acţiunei directe sau indirecte a unui produs de secreţie internă elaborat de glanda mamară în plină activitate.

Din acest punct de vedere, noi am studiat mai întâiu proprietăţile extrasului mamar şi apoi am transpus rezultatele experimentale în domeniul clinic, din care fapte ne-a părut absolut cert că glanda mamară ar putea juca un rol endocrin mult mai important de cât se credea.

Cercetările experimentale recente făcute de unul dintre noi asupra parabiozei ne justifică, odată mai mult, afirmaţiunea despre existenţa hormonului mamar.

Vom reaminti pe scurt rezultatele cercetărilor noastre experimentale şi clinice şi pe care le-am publicat în mai multe articole din revista de endocrinologie, ginecologie şi obstetrică Cluj 1937—1938, 1939—1940 care precizează rolul glandei mamare.

1. Extrasul de glandă mamară este lipsit de histamină şi cholină, dovedit chimiceşte şi biologiceşte.

2. Extrasul de glandă mamară produce o suprimare temporară a oestrusului la şobolance şi reapare după încetarea injecţiilor. Acelaş rezultat a fost obţinut asupra auto-grefelor de ovare. Această experienţă ne arată că extrasul de glandă mamară exercită asupra ovarelor o acţiune directă hormono-hormonală. Adăogăm că extrasul mamar nu modifică deloc oestrusul provocat de foliculină la şorecele castrate.

Extrasul mamar întârzie reacţiunea hormonilor gonadotropi din urina femeilor gravide. Această experienţă este foarte importantă, fiindcă ne arată foarte clar că acţiunea hormonului mamar se exercită direct asupra aparatului folicular pe care îl inhibează, ma precis asupra celulelor tecale producătoare de hormon folicular.

3. Extrasul mamar injectat la cocoşei nu produce nicio modificare asupra caracterelor sexuale secundare, ceeace dovedeşte că numai secreţiunea foliculară sau similară ei este împiedecată, pe când secreţiunea internă a glandei interstiţiale testiculare care ţine sub dependinţa sa morfogeneza caracterelor sexuale secundare nu este de loc influenţată, lucru care pare să fie confirmat şi prin examenul istologic al acestor glande.

4. Acţiunea extrasului mamar asupra uterului de cobăiţă are un efect uteroton, sensibilizând acţiunea extrasului de posthipofiză. In cercetările făcute de unul dintre noi, asupra uterului de femeie negravidă, întrebuinţând metoda directă, prin luarea de histerograme electrice, se verifică acţiunea aceasta, adăogând însă, că într'o primă fază, există o scădere a tonusului uterin coincizând cu o hipotensiune vasculară generală, şi numai după această fază reapare perioada de contracţiuni uterine *care sunt mai frecvente,* cu amplitudine mai mare şi cu un tonus mai ridicat.

Această experienţă ne arată că acţiunea extrasului de glandă mamară asupra uterului, se poate exercita şi printr'un fenomen indirect — vascular — de încetinirea circulaţiei, cu scăderea tonusului vascular şi în consecinţă şi a tonusului uterin, fenomen care poate fi luat în consideraţie la explicarea fenomenelor de decongestionare pe care le produce tratamentul cu

extras mamar în cazul de congestii pelviene metroragii şi menoragii funcţionale.

5. Acţiunea extra-genitală a extrasului de glandă mamară constă în aceea că produce o hipotensiune vasculară pronunţată atât la animale cât şi la om, şi chiar la animalele atropinizate sau cu nervii vagi secţionaţi, ceeace pare să demonstreze că acţionează prin intermediul sistemului vago-simpatic. Din acest punct de vedere, extrasul mamar poate fi considerat ca o substanţă amfotonă cu predominenţă vagală.

Asupra trenului posterior al preparaţiei vasculare de broască, extrasul mamar are o acţiune de întărire, fapt care de altfel se confirmă şi pe mezenterul de broască, circulaţia devenind mai lentă.

6. Extrasul mamar administrat la animale cât şi folosit pe preparatul vascular de broască, inactivează complet acţiunea vasoconstrictivă şi hipertensoare a adrenalinei; extrasul mamar din acest punct de vedere fiind un excelent inactivator al adrenalinei, îşi găseşte aplicaţie în combaterea hipertensiunei arteriale la om şi poate fi folosit şi în cercetări experimentale şi clinice: în combaterea fenomenelor obţinute cu proba adrenalinei şi în combaterea diferitelor fenomene vasculare hipertensive. In clinică, efectul vazo-depresiv, noi l-am observat în cazurile de hipertrofie de prostată unde turburările vasculare sunt mult ameliorate: tensiunea arterială scade cu două, trei diviziuni, congestia vesicei urinare, urmărită prin examenul citoscopic, se reduce; tot asemenea şi hematuriile cu origina în vesică; apoi hemoroizii şi varicele care se constată deseori la prostatici sunt mult ameliorate.

7. Asupra glicemiei: la om, pare să aibă efect hipoglicemiant.

Modul de acţiune al extrasului de glandă mamară.

Influienţa extrasului mamar asupra aparatului folicular ovarian, este pur hormonală, aşa cum ne dovedesc experienţele noastre. Asupra aparatului vascular extrasul mamar pare să-şi exercite acţiunea hipotensivă prin intermediul sistemului nervos vago-simpatic, şi de oarece acţiunea sa hipotensivă se produce chiar la câini atropinizaţi sau cu vagii secţionaţi, ne arată, că în acest extras se găseşte o substanţă diferită de histamină şi de cholină.

Aplicaţii clinice.

Administraţia extrasului mamar la femee şi bărbat se face fără nicio contraindicaţie; el poate fi administrat pe cale bucală, sub formă de tablete, sau pe cale paraenterală, sub formă de injecţii, sau simultan sub cele două forme de preparat.

Timpul de administrare, în general, este de trei săptămâni, urmat de o pauză de 8—10 zile, după care, se poate repeta, totul fiind subordonat gradului turburărilor clinice.

Extrasul mamar se poate administra, cu efect destul de bun, în metroragii funcţionale, în fibroame şi miofibroame uterine. Din acest punct de vedere, unul dintre noi făcând cercetări clinice — însoţite de examinări radioscopice ale uterului de femeie negravidă asupra acţiunii hormonului testicular (propionat de testosteron) — a constatat, pe lângă decongestionarea mucoasei uterului, o diminuare accentuată a fibroanelor, mai ales în cele sub mucoase şi în mioame, lucru care explică diminuarea hemoragiilor uterine cu acest tratament hormonal. Aceste efecte similare ale hormonului mamar şi al hormonului testicular, le observăm şi experimental la animale — cu oarecare deosebire, (inhibitor al oestrusului, influenţa asupra cornului uterin etc.). Accentuăm, că aceste reacţiuni au fost urmărite paralel atât clinic cât şi experimental, cu extras de glandă mamară şi cu hormon testicular, ambii hormoni fiind hipotensivi, influenţează favorabil mio-fibroamele uterine, diminuează metroragiile şi au un efect salvator în cazuri de hipertrofie de prostată.

In cazul de metroragii juvenile şi în cele postpartum, administrarea extrasului mamar este de preferat altei terapii hormonale — cu hormon testicular sau de lutenizare. Din acest punct de vedere, trebue subliniat faptul că, administrarea hormonului testicular în vârsta de desvoltare, produce o schimbare în unele caractere sexuale secundare şi psihice, cu alte cuvinte produce, într'o oarecare măsură, o reacţiune de inversiune sexuală, fapt care nu e de loc de dorit la fetiţe. Deci, hormonul testicular, ca mijloc terapeutic în aceste cazuri, prezintă un desavantagiu, lucru pe care nu-l constatăm în administrarea extrasului de glandă mamară. Aceste desavantagii se puteau intrevedea şi din rezultatele obţinute pe cale experimentală: hormonul testicular desvoltă ţesăturile de influenţă hormonului de sex opus, în timp, ce aşa cum reese din cercetările noastre clinice şi experimentale, extrasul de glandă mamară are o acţiune indiferentă faţă de caracterele sexuale secundare.

In cazurile de menoragii şi metroragii însoţite de o stare de hiperfoliculinemie şi stări congestive, acolo unde corpul galben s'a dovedit ineficace, combinaţia cu extras mamar este de preferat obţinând deseori rezultate rapide.

In metroragii, cu deosebire în cele din menopauză în stadiul de hiperfoliculinemie, mai ales acolo unde sunt prezente şi turburări vaso-motorii, extrasul mamar este de ales.

In complicaţiile survenite în cazurile de fibromioame şi mai ales de mioame pure, — spre exemplu hipertensiune arterială, turburări cardiace, tachicardie,

varice, hemoroizi, — extrasul mamar este un excelent adjuvant. Il preferăm cu deosebire în cazurile inoperabile de fibroame şi mioame în care se indică aplicarea tratamentului radio-terapic combinat cu extrasul mamar.

In unele stări de metroragii abundente şi însoţite de stări inflamatorii pelviene, şi acolo unde este justificată o terapie cu post hipofiză în care cazuri nu obţineam decât rezultate incomplete, combinaţia extrasului mamar şi extrasului posterior al hipofizei era din contră foarte activă, uneori provocând adevărate colice uterine. E bine ca această combinaţie să se facă simultan administrându-le intra muscular. Din aceste constatări clinice, reese că extrasul mamar sensibilizează efectul uteroton al extrasului hipofizei posterioare, fapt care de altfel era obţinut şi pe cale experimentală aşa cum am stabilit în experienţele noastre. Plecând dela ideea preconizată de Prof. C. Grigoriu, că activitatea unei glande s'ar putea face mult mai eficace prin introducerea unui hormon în însăşi glanda pe care dorim s'o activăm, fapte care au fost traduse în cercetările din clinica de sub conducerea D-Sale — ca spre exemplu injecţii de hormoni administrate direct în coarnele uterine ale animalelor sau direct în ovare; sau, cum au realizat alţi autori, o elaborare mai mare de adrenalină prin injecţii directe în glandele suprarenale de histamină — s'a aplicat acest principiu şi glandei mamare, injectând doze masive de hormon folicular în însăşi parenchimunul glandei, obţinându-se pe această cale, efecte frapante, oprind hemoragii destul de redutabile. Asupra modului de acţiune al acestei metode, credem că este vorba de o hiperactivare a secreţiunei interne a glandei mamare, mai precis, glanda mamară îşi varsă secreţia sa internă în cantitate mai mare în curentul circulatoriu, care, la rândul său, acţionează asupra aparatului folicular ovarian. Despre existenţa unei substanţe antioestrale circulante în organismul matern în sânge, sunt câteva lucrări care constată prezenţa acesteia, fapt ce ar veni în sprijinul afirmaţiei noastre.

O acţiune cu indicaţie aproape absolută şi cu rezultate pozitive, o găsim în metroragiile însoţite de dureri ale sânurilor şi uterului femeilor provocate de starea de hiperfoliculinemie.

Era firesc ca, bazaţi pe aceste proprietăţi al hormonului mamar, să se studieze şi modul de acţiune al extrasului mamar asupra uterului la femeile negravide, având astfel o dovadă concretă despre acţiunea extrasului mamar asupra musculaturei la femee. Unul dintre noi, pentru prima dată în literatura glandei mamare, a reuşit să înregistreze acest efect prin luare de histerograme electrice, pe care se observă într'o primă fază o acţiune bruscă, dar de scurtă durată, de scoborâreatonusului uterin şi care coincide cu hipotensiunea vasculară generală — acest efect asupra musculaturei uterine este secundar, datorit diminuării curentului circulator sangvin în pereţii cavităţii uterine — după această fază, urmează o mărire lentă, dar durabilă, a tonusului uterin, durata fiind de câteva minute până la un sfert de oră — contracţiunile muşchiului uterin devenind mai ample, mai frecvente şi cu un tonus mai ridicat — aceasta este acţiunea proprie utero-tonă a extrasului mamar pe care o constatăm pe această cale de cercetare. In felul acesta, ne putem da seama, în mod precis, despre acţiunea extrasului mamar asupra rezultatelor eficace obţinute prin opo-terapia mamară în fibroamele uterine; şi asupra explicaţiei acţiunei acesteia, până în prezent, nu exista decât observaţii empirice. Or, în fibromioame şi mioame uterine şi asupra complicaţiilor vasculare asociate acestora, ca miocardii, congestii pelviene, hemoroizi, varice, aplicaţia extrasului de glandă mamară combate tocmai aceşti factori vasculari, în sensul că moderează circulaţia în sfera genitală, debitul circulator sangvin este diminuat, iar ca o consecinţă a acestora, volumul organului este şi el la rândul său micşorat; în al doilea rând, hormonul mamar producând o mărire a tonusului uterin, contracţiunile uterine vor fi mai puternice ducând astfel la vazoconstricţie, contribuind şi pe această cale la diminuarea tumorilor. Se ştie însă, că factorul incipient în producerea fibromioamelor uterine şi a metroragiilor, este o cauză hormonală-foliculară-ovariană, care atunci când este elaborată în exces, ar produce o hipertrofie a musculaturei uterine; deci şi pe această cale — în sensul că hormonul mamar este antagonist hormonului folicular, — combatem producerea iniţială a fibromoiamelor uterine; şi acolo, unde deja sunt formate, dacă nu reuşim să le facem să dispară, noi totuşi putem, printr'o opoterapie energică, să le oprim din desvoltare şi chiar să le influenţăm în sensul unei regresiuni. Ar fi însă de cercetat dacă extrasul mamar nu ar influenţa, şi în mod direct, potenţialul biologic al celulelor tumorale desvoltate în musculatura uterină, şi dacă nu ar avea, poate — pe lângă factorul hormonal — şi o acţiune directă asupra mucoasei uterine.

Plecând dela ideea cauzală a fibroamelor uterine ca fiind determinată de un exces de foliculină şi cunoscând desvoltarea embriologică a prostatei asemănătoare cu embriologia uterului, am conceput şi geneza hipertrofiei de prostată ca fiind asemănătoare cu aceea a fibromului uterin şi deci cauzată de un exces de secreţie de foliculină din partea glandei testiculare, ceeace de altfel s'a dovedit ulterior că glanda testiculară este şi o glandă cu secreţie hetero-sexuală, secretorie de foliculină. Fără îndoială, această ipoteză trebuia să se confirme şi în practică, fapt care s'a verificat prin instituirea opoterapiei mamare în cazuri de hipertrofie de prostată. Şi aici ca şi în cazul tratamentului fibroamelor uterine, observăm o amendare a fenomenelor urinare şi chiar

dispariţia lor completă până la vindecare. In acelaş timp, volumul hipertrofiei de prostată scade simţitor, turburările vasculare secundare, congestiile pelviene, cistitele, hemoroizii, hematuriile de origină vezicală, sunt deasemenea influenţate favorabil. Pe de altă parte, şi starea generală este influenţată favorabil, producându-se şi o ameliorare în circulaţia generală, — la indivizii cu hipertensiune arterială, se vede scăderea acesteia. Acţiunea extrasului mamar în aceste cazuri, ar putea fi explicată tot printr'un factor de inhibiţie asupra hormonului genetic al hipertrofiei de prostată, printr'o acţiune favorabilă asupra tonicităţii musculare, a prostatei şi vezicei urinare, cât şi printr'o ameliorare a vascularizaţiei acesteia.

In concluzie, extrasul de glandă mamară, prin proprietăţile sale farmacodinamice: acţiunea asupra presiunei arteriale, hipotensor, asupra musculaturei uterine, efect oxitocic; asupra glicemiei, hipoglicemiant; inactivator puternic al adrenalinei, cât şi prin proprietăţile sale specifice hormonale, inhibitor direct a aparatului folicular ovarian, el poate fi socotit ca fiind produsul hormonal propriu glandei mamare. Sprijiniţi pe aceste proprietăţi cât şi pe rezultatele pozitive clinice, tratamentul cu extras mamar constitue o terapie hormonală destul de eficace în multe afecţiuni ale sferei genitale şi în mică măsură şi în afecţiuni extra genitale.

CLINICA GINECOLOGICĂ ŞI OBSTETRICALĂ CLUJ – SIBIU

Director: Prof. C. Grigoriu.

RESUMÉ

L'hormone mammaire et son utilisation en clinique

Les auteurs ont récement publié quelques travaux originaux qui servent de base á leur recherches cliniques et experimentales. Dans leurs recherches expérimentales ils précisent egalement les différentes propriétés chimiques et biologiques de l'extrait de glande mammaire.

Ils ont cherché à établir avec précision que cette corrélation est de nature neuro-endocrinienne, étant donné que l'áction de l'extrait mammaire exerce directement son action sur les glandes génitales par voie hormonale en êmpèchant ainsi l'action de l'appareil folliculaire qui se passe au niveau d'origine de l'hormone folliculaire dans le parenchyme ovarien même, dans les cellules thécales de l'ovaire. L'extrait mammaire diminue egalement l'action des hormones gonadotropes urinaires de femmes enceintes.

Basés sur leurs recherches expérimentales et leurs observations cliniques, les auteurs ont employés l'extrai mammaire dans différentes affections utérines d'origine endocrinienne — ovarienne — et en particulier dans l'état d'hyperfoliculinémie (métrorragies fonctionnelles juveniles et menopausiques, uterines, fibromes hypertrophie de prostate). L'action d'extrait mammaire s'exerce egalement sur la tension arterielle — effet puissant hipotensif, — inactivateur de l'action hypertensive de l'adrénaline et fait tomber la glycémie effet faible hypoglycémiant.

L'effet favorable d'extrait mammaire sur les affections utérines, prostatiques et pelviennes peut être également expliqué — dans une certaine mésure, par une action décongestionante et en même temps facilitant une meilleure tonicité des organes cavitaires (uterus, prostate, vessie).

Á l'heure actuelle le probléme de la sécrétion interne de la glande mammaire est completement éclairé comme celle-ressort clairement des expériences des auteurs et son produit, connu sous le nom d'extrait mammaire ou mammin doit être considéré comme l'hormone de celle-ci.

La thérapie avec l'extrait mammaire doit desormais constituer un traitement hormonal favorable dans différentes affections génitales ou extragénitales.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Brustdrüsenhormon und seine Verwendung in der Klinik.

Die Verfasser haben in letzterer Zeit einige originelle Arbeiten publiziert, welche als Grundlage für ihre klinischen Untersuchungen und Experimente dienen.

In ihren experimentelle Versuchen präzisieren sie, unter anderen auch die verschiedenen chemischen und biologischen Eigenschaften der Brustdrüsen-Extrakt.

Sie haben mit der grössten Genauigkeit zu bestimmen gesucht, dass diese Wechselbeziehung neuro-endocriner natur ist, hervorgerufen durch die Funktion der Sekretion, welche direkt auf hormonalem Wege auf die Geschlechtsdrüsen wirkt und so die Tätigkeit des Follikularapparates hemmt. Diese Tätigkeit vollzieht sich im Entwicklungsbereich des folikularen Hormons, also im Parenchym des Eierstocks selber, deutlicher gesagt in den Tekalzellen des Eies.

Der Brustdrüsenextrakt vermindert auch die Tätigkeit der Gonadotropen-Hormone aus dem Urin schwangerer Frauen.

Gestützt auf ihre experimentellen Versuche und ihre klinischen Beobachtungen, haben die Verfasser den Brustdrüsen-Extrakt bei verschiedenen Krankheiten der Gebärmutter Erkrankungen des Eirstockes endocriner Natur, besonders bei Hyperfolikulinemie (juvenile und klimakterische Blutungen, Gebärmutter-Fibrome, Hypertrophie der Prostata) angewandt.

Der Brustdrüsen-Extrakt hat bei Hochdruck angewandt, einen Blutdruck herabsetzenden Einfluss, beeinträchtigt den durch Adrenalin hervorgerufen Blutdruck und verhält sich bei der Glikaemie als Zukerreduzierend.

Der günstige Einfluss des Brustdrüsen-Extrakts auf die Gebärmutter-Krankheiten, Krankheiten der Prostata und Blase kann auch als ein Einfluss der Durchblutungsverminderung erklärt werden und erleichtert gleichzeitig die Tätigkeit der Muskelfunktion der Beckenorgane (Gebärmutter, Prostata, Blase).

Heute ist das Problem der inneren Sekretion der Brustdrüse vollkommen geklärt wie aus den Versuchen der Verfasser hervorgeht, und ihr Erzeugnis, bekannt unter dem Namen von Brustdrüsen-Extract oder Mammin muss als Ursprungshormon der Brustdrüse betrachtet werden.

Die Therapie mit Brustdrüsen-Extrakt bildet für die Zukunft eine günstige Hormon-Behandlung bei verschiedenen Krankheiten der Geschlechtsorgane in des kleinen Bekens.

Procedeurile Credé și Schultze

de

Dr. V. Cenariu

Procedeuri, a căror descriere nu lipseşte din nici un manual de obstetrică, fie acela scris pentru medici, fie pentru studenţi, fie pentru moaşe.

Cu toate că ambele se practică pe scară întinsă aproape de un secol, cu rezultate — relativ acelor timpuri — indestulitoare, iar relativ ştiinţei de azi, cu rezultate mediocre, totuşi studiul lor amănunţit, — din punct de vedere anatomo-patologic — a fost neglijat, sau cel puţin eu nu am cunoştinţă, să fi apărut ceva în literatură în privinţa observaţiilor mele.

Ambele procedeuri, din cari primul, cu toate că a salvat incontestabil multe vieţi de mame, mai ales în timpul când asepsia era încă necunoscută, sau primitivă, — iar al doilea mulţi noui născuţi, — sunt de părere, că ar trebui eliminate, sau cel puţin în parte, din arsenalul armelor moderne obstetricale, aşezate doar ca relicvii de muzeu, în tot cazul preţioase în istoricul evoluţiei tehnicei medicale.

Le-am aplicat şi eu ambele în nenumărate cazuri, mai ales în timpurile vechi, cu tehnica strict determinată de autori, cu rezultate variate, dar am văzut şi nenumărate cazuri executate chiar şi de medici şi personal auxiliar aşa zis „rutinat", în condiţii şi cu rezultate deplorabile.

Am luat aceste 2 procedee sub un titlu, din motivul, că am observat ani dearândul, că în cazul, când din orice cauză primară (nu mecanică) am avut de luptat cu asfixia fătului, concomitent relativ des am avut şi retenţia placentei deci nu aşi crede, că aceasta concomitenţă ar fi fost atât de des numai accidentală, ci ar putea fi şi esenţială, însă cu toate că în spitalul nostru avem relativ multă maternitate, totuşi cazurile nu sunt atât de abundente, ca clinicește să pot trage ceva concluziune pozitivă în aceasta direcţie, mai ales că ne lipseşte un prosector şi un laborator de anatomie patologică.

Voi analiza deci ambele procedee numai din observaţiile clinice.

I. *Credé.* Nu am de gând, să mă extind la patogenia binecunoscută a retenţiilor de placentă, în multe cazuri neclarificabilă, voi aminti numai cazurile, în cari se recurge mai des la exprimarea placentei.

a) *Fără indicaţie.* Acestea sunt cele mai dese, aşi putea afirma că 90% din faceri, unde a asistat medicul ore îndelungate. Cauza e pur subiectivă, sau o grabă particulară de a termina cât mai curând perioada placentară plictisitoare, sau amorul propriu faţă de lăuză şi familie, „ut aliquid fecisse videatur" dacă a asistat inactiv la o naştere normală, sau impacienţa lăuzei de a mai aştepta 1/2—1—2 ore, până la terminarea suferinţelor.

Fătul în cazurile aceastea abia s'a născut, uterul bun, nici o emoragie, nici o indicaţie de urgenţă, şi totuşi abia la câteva minute uterul se comprimă, se apasă (mai mult rău, decât bine), se sfacelează de 2-3-10 ori, în fine placenta desprinsă, se evacuează, graţie mai mult procesului fiziologic, decât manoperei.

b) *In al doilea caz este,* când placenta de fapt nu se elimină, sau din cauza, că este într'adevăr acretă, sau din alte cauze obişnuite (placentă în unghiu tubar, sau lateral, sau succenturiată, etc.) sau din cauze mecanice, în primul rând contracţiile şi retracţiile inelare atât de dese ale uterului, cu rularea şi sfacelarea întregei sau parţiale a placentei, cauzate atât de des, chiar prin manopera Credé greşit aplicată cu multiple încercări tot mai brutale, şi natural tot mai inutile, când apoi după eşuările încercărilor, se procedează totuşi la evacuarea manuală, însă deja între împrejurări nefaste.

In toate cazurile acestea lăuzia decurge apoi cu variate inconveniente şi complicaţiuni. Imediat după facere, lăuza e mai deprimată, mai obosită, ca după o facere normală. A doua zi uşoare urcări de temperatură, în locul bradicardiei liniştitoare o tachicardie. In cazuri mai uşoare în câteva zile toate simptomele cedează fără urme, — sau cel puţin aşa credem. In cazuri mai grave simptomele se agravează, la examinare nu aflăm nimic, decât o sensibilitate mai mică sau mai pronunţată a uterului sau anexelor, poate o subinvoluţie sau involuţie mai lentă. Altădată avem de a face chiar cu metrite, peri-parametrite, şi chiar anexite şi septicemii aşa numite criptogene.

Nu amintesc aici cazurile, când după un Credé forţat rămân, chiar şi după mâna maeştrilor obstetricieni resturi mici de placentă sfacelată, cari apoi între împrejurările cele mai neplăcute, după câteva zile, când endometriul ar trebui să fie restabilit necesită o nouă evacuare cu cureta.

Aici amintesc încă câteva observaţii remarcabile, anume cele mai multe sarcini extrauterine şi placente acrete şi previe le-am aflat la multipare şi în aproape fiecare caz am putut identifica un Credé forţat în antecedente. Alteori am consultat multe femei pentru sterilitate inexplicabilă după o naştere normală şi nu am aflat nimic patologic, decât în antecedente un Credé forţat, după care metrite-anexite post partum, cu infecţii criptogene, nedeterminate, dar lipsite de orice posibilitate gonoroică.

Nu vreau toate acestea să le pun în sarcina procedeului Credé, însă totuşi sunt de părere că o bună parte a acestora se poate datora aceluia.

Ca concluzie, eu cred, că procedeul Credé este o intervenţie, care ar avea loc numai în cazuri foarte reduse şi bine determinate, la genitale absolut sănătoase, ba chiar şi în cazurile acestea, numai după timpul normal al desprinderei fiziologice şi constatată clinicește, pentru exprimarea simplă a placentei, evitânduse orice forţă brutală şi orice repetare a manoperei şi numai de medic, nicicând de moaşe.

Pe lângă restricţiunea aceasta, indicaţia pentru aplicarea manoperei fiind foarte dificil de determinat, sunt de părere, că în cazurile de retenţie placentară, când o atonie, sau altă complicaţie nu urgitează terminarea definitivă, să se rămână expectativ timpul obişnuit, apoi în caz de necesitate să se procedeze la evacuarea manuală, pe care o apreciez cu precauţiunile exacte ale asepsiei cu mult mai inofensivă şi totodată ne scuteşte de eventualităţile neobservate cu urmări tardive, căci ştim bine, că în cazuri de placentă acretă chiar şi cu mână rutinată trecem adeseori din pătura bazală (serotină) şi ne încurcăm în ramificaţiile vilozităţilor aţoase, cari după procedeul Credé, cauzează o predispoziţie importantă la mici rupturi şi retenţii de mici părţi de cotiledoane cu toate urmările lor.

In serviciul nostru — notez — că de peste 15 ani procedeul Credé este aproape total eliminat, şi nicicând nu am regretat neglijarea încercării lui. Procedeul de injectare a placentei cu ser, nu mi-a dat rezultate mulţumitoare, deci nu îl aplicăm. Dacă nu ne urgitează ceva complicaţie, rămânem expectativi 1/2—1 oră, după care timp, dacă placenta nu se deprinde spontan procedăm la evacuare manuală, irigăm apoi uterul cu 15—20 kgr. apă rece, după care uterul controlat permanent 2 ore, rămâne totdeauna bine contractat.

Notez încă, că după posibilitate aplicăm la fiecare gravidă procedeul englez, administrându-i în ultimele zile 5—6 gm. chinină, în doze fracţionate de 0,10 gm. 3 x la zi, şi continuăm şi după naştere încă 3—5 zile. Acest procedeu ni se pare să influinţeze favorabil toate 3 perioadele facerei, tot aşa şi involuţia uterului, neamintind efectul indiscutabil profilactic.

II) *Schultze.* Procedeul acesta se aplică asemenea foarte des în asfixiile nouilor născuţi, şi precum am putut observa în nenumărate cazuri, nu numai de moaşe ci chiar şi de medici, 1. greşit executat, 2. nociv, 3. inutil.

Subiectul meu se referă la procedeul lege artis, care a fost aplicat şi în serviciul nostru timp îndelungat, împreună cu toate celelalte procedee, şi în urma rezultatelor obţinute pot afirma, că nu l'am aflat superior altor procedee ba chiar inferior şi nociv.

Incontestabil, că după procedeul lui Schultze mulţi noui născuţi şi-au revenit din asfixie albă, dar tot aşa, ca după alte procedee, mulţi au recăzut în starea stuporoasă şi în scurt timp au decedat. Dar inconvenientul pe care l'am aflat mai des, după procedeul lui Schultze aplicat îndelungat e, că decesurile tardive (după 3—4 sau mai multe zile) eu le-am aflat cu mult mai dese, decât după alte procedee. Faptul acesta mă obligă, să presupun, că învârtirile îndelungate alternative cu capul în sus şi în jos, apoi frângerile corpului împreunate cu acest procedeu, nu pot fi indiferente pentru corpul şi sistemele fragede ale noului născut, ci provoacă diferite alteraţii nervoase, apoi în cord şi vase, poate a sinurilor cerebrale împreunate cu mici emoragii capilare, cari la autopsii rămân ascunse ochiului, şi poate numai microscopul patologului le-ar putea evidenţia, şi totuşi acestea alteraţii ar fi cauza decesurilor tardive, mai frecvente ca după alte procedee.

Pe lângă aceasta nocivitate am aflat procedeul şi inutil, deoarece ori-de-câte-ori alte procedee mi s'au dovedit, sau s'a presupus apriori de zadarnice, totdeuna am încercat şi procedeul acesta, însă asemenea fără rezultat, în schimb în cazurile favorabile, — precum am amintit — decesele tardive le-am aflat cu mult mai puţine şi totodată fără riscul de a lua odiul unei scăpări din mână a fătului.

Amintesc, că în serviciul nostru aproape de 20 ani am abandonat procedeul Schultze, procedeul ce îl urmăm în caz de asfixie albă este: Suspendarea imediată a fătului cu picioarele în sus (ca în procedeul lui Prochownik, apoi comprimarea toracelui 1—2 ori, evacuarea gurei şi laringelui de mucozităţi, etc. apoi după ştergerea gurei cu ceva desinfectant uşor, prin un strat de 8—10 pături tifon insuflăm cu gura noastră direct în gură aer 1—2 ori cu grija să nu facem rupturi alveolare, şi după toate acestea procedăm imediat la respiraţia lui Silvester executată concomitent atât cu membrele inferioare cât şi superioare, aşa, că genunchii aduşi în flexiune să se întâlnească cu mâinile flectate şi încrucişate pe torace şi în extensie bilaterală toracele liber să se poate dilata la maxim (în cazuri date lobelin şi adrenalin).

Mi-am expus părerea asupra acestor 2 procedee în urma observaţiilor noastre clinice, — o examinare anatomo-patologică a cazurilor posibile, cred, că ne-ar putea justifica această părere.

(SPITALUL DE STAT DIN TURDA)

RESUMÉ

Les procédés de Credé et de Schultze

L'auteur applique ces deux procédés depuis 20 ans dans le service d'hôpital et il arrive à la conclusion que les deux procédés peuvent être éliminés, au moins partiellement de l'arsenal thérapeutique obstétrical. Il est vrai que par ces procédés correctement appliqués on a sauvé beaucoup de vies (des mères par le procédé de Credé et des enfants par le procédé de Schultze), mais il y a aussi de grands inconvenients, c'est pour quoi il faut réduire ses applications le plus possible.

ZUSAMMENFASSUNG

Methode Credé und Schultze

Der Verfasser wendet diese beiden Methoden seit 20 Jahren im Spital an und gelangt zum Ergebnis, dass beide, wenigstens teilweise aus dem obstetrischen therapeutischen Arsenal ausgeschlossen werden können. Es ist zwar wahr, dass durch diese Methoden, wenn sie richtig angwendet werden, viele Menschenleben gerettet wurden (Mütter durch das Credé-Verfahren und Neugeborenen durch das Scultze-Verfahren), jedoch haben dieselben auch viele Nachteile, aus welchem Grunde ihre Anwendung so viel wie möglich vermieden werden soll.

Probleme de drept medical

Deontologia medicală codificată

de

Prof. M. Kernbach

Incercările de a codifica regulele morale ale profesiunii medicale, nu sunt de dată prea veche. Primele par a se datori sindicatelor medicale franceze. Anteproectele au rămas, prin anii 1910—1914, fără urmare. Un cod restrâns, îl au azi legiferat, sindicatele medicale din Italia.

Materialul anteproectelor franceze, a codului italian, a fost elaborat conform cu doctrina modernă a deontologiei medicale. Legile altor profesiuni libere, cum este legea colegiului inginerilor, a avocaţilor, mi-au îngăduit a întregi acest proect de cod, cu marea majoritate a faptelor pozitive ce interesează vieaţa morală a medicului profesionist.

Dela jurământul lui Hipocrate, deontologia medicală se poate ridica azi la rangul unui drept disciplinar pozitiv. Nenumărate sunt ocaziunile, când dintr'o omisiune de conduită etică, sufere atât sănătatea individului, cât şi prestigiul corpului medical.

Fixarea conduitei medicului profesionist începe cu datoriile faţă de societate şi încheie cu acelea faţă de el însuşi.

Ca un principiu general, am fixat în proect *„Dreptul de a trata şi vindeca"*. Acest drept nu este legiferat încă în nici un cod. Medicul are un drept restrâns, fixat numai de doctrină şi jurisprudenţă, în special în ceeace priveşte dreptul de a opera. Doctrina juridică se opune încă a se legifera acest drept, pentru a nu se micşora libertatea individuală. Acesta fiind un drept primordial.

Sunt apoi specificate obligaţiunile morale şi profesionale ale medicului faţă de societatea constituită şi faţă de Naţiune. Urmează datoriile faţă de bolnav, faţă de confraţi. In capitolul următor sunt enumărate datoriile comune faţă de bolnavi şi confraţi. Urmează datoriile morale faţă de medic însuşi. Pentru completare, s'au indicat obligaţiunile morale faţă de onorarii şi de eliberarea certificatelor medicale.

Am căutat pe cât este posibil să armonizez interesele materiale ale profesionistului, cu regulile tradiţionale, fixate prin uz şi prin regulile de deontologie scrise.

Din aceste două izvoare, ofer colegilor mei un îndreptar, asupra căruia urmează să se hotărască.

COD DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ

1. Medicul va respecta şi va face să se respecte toate îndatoririle profesionale faţă de societate, bolnavi, confraţi şi faţă de el însuşi, specificate în acest cod.

2. Orice abatere dela dispoziţiile de mai jos atrage după sine sancţiuni disciplinare. Necunoaşterea acestor dispoziţiuni nu scuteşte de pedeapsă.

Datorii faţă de societate

3. Medicul este învestit de societate spre a ocroti dreptul la sănătate al Naţiunii şi al fiecărui cetăţean. In această înaltă misiune, medicului i s'a acordat dreptul de a trata şi a vindeca.

4. In consecinţă, el este dator a respecta toate dispoziţiunile din legile şi regulamentele sanitare ale ţării, referitoare la sănătatea publică. Toate abaterile, indiferent de sancţiunile prevăzute în alte legi, vor fi sancţionate şi disciplinar de colegiul medical.

5. Medicii colegiului, la iniţiativa proprie sau la iniţiativa organelor de conducere, sunt obligaţi a se ocupa cu educaţia poporului, propagând progresele

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICAȚIUNI:

ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE
ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete

PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ IN:

INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Medicația suverană a Insomniei Nervosității și a Nevralgiilor

CEREBROSAN

SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1-2 linguriță
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare.

HERBACHOL „Sapic"

CEAIU

Asociație de plante medicinale cu acțiune choleretică cholagogă, antiflogistică și calmantă.

Indicat în
Colecistopatii subacute și cronice
Cholelitiază

Pentru prepararea laptelui Calcic

CALCILACTIN „Sapic"

TABLETE

Calcilactin I.
Calcium lacticum
Amyl. orizae

Alimentație suplimentară și medicală pentru sugari dispeptici și diareici.

Calcilactin II.
Calcium lacticum
Amyl. maidis
Zahăr

Alimentație suplimentară pt. sugari constipați.
Alimentație de durată ideală pentru sugari.

Mostre și literatură trimite la cerere:
DEPARTAMENTUL ȘTIINȚIFIC SAPIC
București VI, Str. Cazărmei Nr. 89

ştiinţelor medicale, în vederea proteguirei sănătăţei şi a ameliorărei biologice a poporului român. Vor organiza conferinţe, anchete, utilizând orice mijloc de propagandă.

Când autorităţile vor cere concursul medicilor în acest scop, ei sunt datori a răspunde acestui apel, sub sancţiune disciplinară.

6. Autorităţile sunt datoare a sprijini şi a da tot concursul medicilor sau colegiilor medicale care luptă contra bolilor sociale, a celor infecţioase, a mortalităţii infantile şi pentru ameliorarea natalităţii, precum şi pentru toate problemele medico-sociale ce aparţin ocrotirei sănătăţei şi îmbunătăţirei rasei.

Datorii faţă de bolnav

7. In executarea mandatului său de a trata şi a vindeca, medicul va face dovada unei deosebite bunătăţi, devotament, spirit de sacrificiu; va încuraja pe bolnav, îi va câştiga încrederea în arta şi ştiinţa medicală; conduita sa o va călăuzi exclusiv în interesul bolnavului. A vindeca uneori, a uşura adesea şi a consola totdeauna, să fie călăuza sa de totdeauna.

8. Pe bolnavii incurabili nu-i va descuraja. Nu va promite nimănui vindecarea, aceasta constituind o metodă de şarlatanism ce se sancţionează.

9. Orice medic practician, afară de cazul unei piedeci legitime, este dator a veni în ajutorul unui bolnav, avut sau sărac, care i-a fost sau nu client, când se dovedeşte sau e verosimilă urgenţa, sau când medicul curant se află în imposibilitate de a interveni.

10. Medicul va respecta orice opinie filozofică, politică şi religioasă a bolnavului şi nu va uita niciodată că bolnavul necesită adeseori pe lângă tratamentul boalei şi tratament psihic. Nu se va amesteca în chestiunile familiare ale bolnavului. Ideile eronate referitoare la boala clienţilor se vor combate cu calm şi perspicacitate.

11. Medicul datoreşte bolnavului asistenţa medicală conform ştiinţei, conştiinţei şi atenţiei sale cele mai bune. El este prin aceasta singurul în măsură să aprecieze durata şi numărul vizitelor ce le va face bolnavului, care depind de importanţa şi gravitatea boalei, de starea ei acută sau cronică şi de eventualele cerinţe ale bolnavului sau ale familiei acestuia. Ele vor fi făcute numai în interesul strict al bolnavului. Vizita bolnavului la domiciliu nu se va face decât la cererea expresă şi formală a acestuia sau a familiei. Excesul de zel al medicului curant, contrar dispoziţiilor de mai sus, contravin regulilor deontologice.

12. Când un medic va prescrie un medicament clientului său, nu va trebui niciodată ca interesul bolnavului să fie subordonat intereselor medicului (specialităţi, ape minerale, sanatorii, etc.). Medicul trebue să posede totdeauna conştiinţa că prescripţiunea ordonată a fost cea mai bună pentru bolnav.

13. Comportarea mediului în orice moment al tratamentului trebuie să fie justificată numai pe baza obligaţiunilor sale strict medicale.

14. In faţa muribunzilor, medicul nu va pronunţa cuvinte sau nu va face gesturi care să cauzeze bolnavului desnădejde, făcând să apară în faţa sa spectrul disolvant al morţii. Va păstra respectul durerii, al suferinţei şi va cruţa şi prelungi agonia. Este cu desăvârşire interzis a scurta vieaţa bolnavului, fie la cererea formală a acestuia, fie a familiei.

15. Medicul este dator, afară de cazurile pe care le prevede legea, de a menţine secretul tuturor faptelor pe care i le-a încredinţat bolnavul sub scutul sau nu al discreţiunei, precum şi faptele pe care le-a văzut, le-a auzit şi le-a descoperit în exerciţiul profesiunei sale. Secretul va fi cu atât mai mult păstrat, când divulgarea lui ar putea prejudicia bolnavului, familiei sau unei terţe persoane.

16. Medicul este obligat a destăinui secretul clienţilor săi, atunci când prin această destăinuire ocroteşte sănătatea sau vieaţa clienţilor şi a colectivităţii. Numai atunci medicul este exonerat de pedeapsă disciplinară, când destăinuirea secretului profesional este făcută:

a) în conformitate cu legea sanitară,

b) în scopul ocrotirei sănătăţei şi a vieţei,

c) în scopul de a înlătura erorile judiciare.

Violarea secretului medical va fi sancţionată şi disciplinar, în afara oricărei acţiuni penale sau civile.

17. Obligaţia secretului profesional nu scuteşte pe medic de a dispune executarea măsurilor profilactice necesare evitărei contagiunei persoanelor din vecinătatea bolnavului, chiar şi în cazurile când nu este obligat a declara cazul autorităţii sanitare.

18. Sunt socotite ca acte de şarlatanism medical: recomandarea remediilor sau a medicamentelor secrete, recomandarea locului sau a farmaciei pentru procurarea medicamentelor, garantarea vindecării bolilor incurabile.

19. Chirurgul şi toţi medicii specialişti în vreuna din ramurile chirurgiei, sunt datori, înainte de a interveni, să ceară în scris consimţământul bolnavului sau aparţinătorilor, la copii a părinţilor sau al tutorilor. Consimţământul este numai atunci valabil când toate eventualităţile posibile ale actului operator, importanţa şi urmările operaţiunei, sunt cunoscute şi acceptate de bolnav şi aparţinători.

In caz de urgenţă consimţământul nu este obligator.

20. Este cu desăvârşire interzis ca medicul să facă experimentări cu medicamente sau cu operaţiuni insuficient dovedite ca eficace, asupra clienţilor săi în cabinete particulare.

21. Avorturile medicale autorizate vor fi executate numai de specialişti, mamoşi, ginecologi, în sanatorii şi spitale oficiale. Orice abatere dela această dispoziţiune atrage după sine interdicţia temporară de a exer-

cita medicina, pentru prima dată, iar în caz de recidivă radiarea de pe tabloul colegiului.

Datorii față de confrați

22. Medicii își datoresc respect deplin și vor păstra între ei raporturi afectuoase, de înaltă considerațiune, bună înțelegere și o aleasă solidaritate profesională și științifică. Defăimarea colegilor în mod public sau privat se va sancționa cu interdicție temporară.

23. In raporturile colegiale, medicii sunt datori a respecta cu stricteță următorul principiu: Nu se va însuși bolnavii din clientela colegilor și nu se va trata un bolnav care se găsește în îngrijirea altui coleg, cu excepția derogărilor specificate mai jos.

24. Orice medic are datoria colegială de a presta în mod gratuit serviciile sale colegilor și familiei acestora ce se află sub dependența lui, rambursând numai cheltuelile efective.

25. Medicii tineri care se instalează într'o localitate, au datoria confraternă de a face o vizită medicilor existenți și aceștia la rândul lor le-o va reîntoarce.

Dacă se vor instala în aceeași clădire unde mai profesează și alți medici, îi va avertiza și le va solicita consimțământul colegial; acest consimțământ nu poate fi refuzat.

26. In orice circumstanță medicul va avea față de colegul său același respect care îl are pentru sine însuși. Va depune aceeași râvnă pentru reputația colegului, ca pentru a sa proprie; se va comporta cu aceeași certitudine față de colegi, așa cum dorește să se poarte colegii față de el, și va fi totdeauna gata a fi în ajutorul lor. Va fi sancționat medicul atunci când comentează activitatea unui coleg sau o apreciază defavorabil și atunci când scoate în evidență o eroare a medicului pentru a-i mări responsabilitatea sau a-i diminua prestigiul în mod public sau privat. E sancționat medicul care se folosește de vicleșug sau insinuări, cu scopul de a lua locul unui coleg sau cu scopul de a-l concura neloial, oferind sau consimțind a presta serviciile sale proprii gratuit sau cu onorarii inferioare celor din tariful fixat. Se va sancționa deasemeni medicul care direct sau indirect va exercita constrângerea cu scopul de a-și conserva sau procura clienți; dacă în scopul de a păstra și dobândi clienți va folosi ca intermediar farmaciști, moașe, agenți, personalul hotelurilor, infirmieri sau orice persoană.

Pentru prima dată se va pedepsi cu interdicția temporară și în caz de recidivă se va radia de pe tabloul colegiului.

27. Medicii sunt datori să încerce soluționarea conflictelor sau a controverselor lor, printr'o mediațiune reciprocă și o explicațiune sinceră sau recurgând la președintele colegiului.

28. Dacă un medic află întâmplător sau constată la un coleg o eroare gravă, putând avea consecințe serioase pentru el sau alte persoane, va face tot posibilul, pentru a-și preveni colegul. In orice caz nu va face cunoscut public chestiunea.

Dacă colegul vizat va nesocoti acest avertisment colegial și va persevera în eroare, medicul va înștiința pe președintele colegiului care va lua măsuri.

29. Medicul nu va vizita clandestin bolnavi care se află în cura altui coleg. Inainte de a accepta tratarea unui bolnav la domiciliu, medicul se va asigura că acesta nu se află în tratamentul altui coleg. Dacă totuși se găsește la patul bolnavului și află că acesta se tratează cu un alt coleg pentru aceeași boală, va refuza să presteze serviciul său, dacă nu este vorba de un caz ce necesită urgență. După această vizită făcută sub imperiul urgenței, medicul se va retrage și nu-și va însuși — sub sancțiune — clientul altui coleg.

Dacă nu e caz de urgență, medicul va face familia să înțeleagă că prezența sa la căpătâiul bolnavului este nereglementară și va cere formal ca să fie chemat medicul tratant, sau să provoace un consult.

30. Medicul chemat în caz de urgență lângă un bolnav care se află în tratamentul altui coleg, se va limita la a prescrie tratamentul cerut de acea stare sau la a executa intervențiunile operative indispensabile. Dacă în caz de urgență, ajung în același timp mai mulți medici, primul va presta intervențiunea reclamată momentan, în caz dacă familia nu dispune altfel, iar ceilalți medici se vor retrage. Locul va fi cedat apoi medicului curant. Medicul care a dat îngrijirea de urgență poate rămâne ca medic curant alături de colegul anterior, când familia bolnavului sau bolnavul o cere în mod expres și insistent; aceasta cu obligația ca și primul medic să-și păstreze locul. Asistența ulterioară a bolnavului examinat de urgență, când acesta nu era în tratamentul altui coleg, aparține primului sosit, dacă bolnavul sau familia acestuia nu face nici o obiecțiune.

31. Toți medicii chemați să asiste un bolnav și când ei au răspuns acestei invitațiuni, au dreptul la încasarea onorariului, chiar și atunci când independent de voința lor nu au prestat nici un serviciu.

32. In cazul unei absențe neprevăzute sau prelungite a medicului curant, colegul chemat de urgență poate să continue a presta serviciul său până la întoarcerea tratantului, însă nu se va substitui ca supleant ordinar al acestuia, afară de cazul când familia dispune altfel.

Dacă se întâmplă ca medicul chemat de urgență să rămână — la cererea expresă și formală a familiei sau a bolnavului — medic curant, acesta e obligat a se îngriji ca onorariul primului coleg să fie achitat și

să fie informat despre această schimbare. Predecesorul nu va fi criticat.

33. Medicul va da dovadă de o colegialitate corectă, acceptând să suplinească pe un coleg, asistând clientela acestuia atunci când se află în imposibilitate legitimă de a profesa sau în caz de boală. Acel ce înlocueşte printr'o cerere scrisă sau în mod cauzal pe un coleg, e dator să evite orice gest sau fapt care ar putea prejudicia prestigiul sau orice interes al medicului substituit. In mod general, medicul substituit nu-şi va însuşi pe nici o cale clientela colegului său. Familiile ce au aparţinut medicului înlocuit nu şi le va însuşi decât la cererea expresă a acestora şi numai după ce va încerca tot ce e posibil a apăra demnitatea colegului, punând în joc toată corectitudinea sa colegială.

34. Numai atunci un medic poate succede unui coleg în clientelă, când s'a convins în mod absolut că aceasta e voinţa expresă şi formală a bolnavului şi când colegul anterior a fost concediat regulat şi corect, achitându-se onorariul cuvenit.

35. Medicul are dreptul a refuza să continue tratamentul unui bolnav, când constată că acesta, consultă fără a-l aviza şi alţi medici; în atari cazuri medicul curant, când se găseşte în imposibilitate de a refuza tratamentul clientului său, va supune cazul colegiului (în oraşe) sau capului autorităţii (la sate), pentru a obliga pe bolnavi să ceară scuze.

Medicul deasemeni are libertatea a refuza să continue tratamentul unui bolnav, când are dovezi neîndoioase de o gravă rea voinţă sau de o vădită neîncredere din partea bolnavului sau a familiei acestuia.

36. Când un medic însărcinează pe un alt coleg a-l suplini faţă de clienţii săi, el este dator mai întâi să anunţe pe clienţi despre alegerea locţiitorului şi a avea consimţământul lor prealabil.

37. Un medic, în virtutea legăturilor de rudenie sau de strânsă prietenie, are libertatea de a vizita pe un bolnav ce se află în cura unui alt coleg. In caz de îndoieli asupra diagnosticului sau a tratamentului, poate comunica opinia sa cu toată discreţiunea în scris sau oral numai medicului curant. Este interzis de a face vreo obiecţiune în faţa bolnavului sau a familiei, sau de a prescrie alte medicamente sau să modifice tratamentul.

38. In cabinetul propriu, medicul poate consulta şi trata orice bolnav; totuşi dacă constată că un bolnav a fost timp mai îndelungat în cura altui coleg, medicul va refuza vizitarea bolnavului şi-l va obliga să aducă o autorizaţie scrisă a primului curant sau să facă dovada că a achitat onorariul acestuia.

39. Medicului îi este interzis a face turnee în zile fixe într'o localitate străină de aceea în care îşi are cabinetul.

40. Nu este îngăduit a ceda clientela altui coleg cu titlu oneros, făcând presiuni asupra ei.

Datorii comune faţă de bolnavi şi confraţi
Consultul medical

41. In regulă generală, consultul medical nu va fi niciodată refuzat, când va fi cerut de bolnav sau familie, oricare ar fi situaţia medicului tratant, ca vârstă, notorietate sau titluri. Tratantul va provoca consultul ori de câte ori interesul bolnavului va dicta.

42. Consultul odată admis, medicul curant va designa pe consultant, dacă alegerea i-a fost rezervată; va accepta şi consultantul propus de bolnav sau de familie, trecând peste orice susceptibilitate personală; în cazuri speciale, datorită unor motive profesionale sau personale, medicul poate refuza consultantul, fără a exprima motivele. Medicul va refuza în consult pe colegii ce se află în cazuri de incompatibilitate, nedemnitate sau acei pedepsiţi pentru grave abateri deontologice.

43. Insistenţa familiei de a chema numai pe consultantul refuzat de medicul curant, ar putea fi socotită ca o neîncredere din partea bolnavului sau a familiei. In acest caz medicului curant îi este îngăduit a părăsi bolnavul din propria iniţiativă, dacă prin aceasta nu-i aduce nici un prejudiciu. Consultantul refuzat de curant are facultatea de a vizita sau nu pe bolnav şi are libertatea de a înlocui pe medicul curant, când acesta a renunţat.

44. Ziua şi ora consultului poate fi propusă de medicul curant, însă de regulă vor fi fixate de consultant. Dacă curantul întârzie, consultantul va aştepta maximum 1/2 de oră şi după aceasta are dreptul de a examina pe bolnav, lăsând în plic închis pentru medicul curant, constatările sale clinice sau modificările de tratament.

Dacă întârzierea se datoreşte consultantului, curantul nu va aştepta nici el peste o 1/2 de oră.

45. Consultantul este obligat a se comporta ca un bun coleg faţă de tratant, conciliind renumele lui cu interesul bolnavului şi reputaţia colegului. Medicul curant este dator a comunica consultantului toate constatările sale făcute până la acea dată asupra bolnavului, lăsând libertatea deplină consultantului de a interoga şi de a examina pe bolnav, în prezenţa căruia este bine să se facă numai un schimb de idei asupra constatărilor obiective a fenomenelor morbide, evitând orice discuţiune sau apreciere care ar putea impresiona pe bolnav sau care ar diminua încrederea şi prestigiul medicului curant. După vizitarea bolnavului, medicii se vor retrage şi în lipsa oricăror alte persoane îşi vor împărtăşi opiniile şi vor decide de bun acord prescrierea tratamentului: *deliberarea trebue să fie secretă.*

46. Avizul emis de medicii reuniţi în consultaţie e un aviz conform şi colectiv; în consecinţă medicul curant e dator a-l respecta şi a dispune aplicarea lui.

47. Medicul curant, bolnavul sau familia acestuia au libertatea, ca în decursul ulterior al bolii, să facă alte consulturi cu acelaşi medic sau cu alţii.

48. Când un medic specialist are de întreprins un tratament special la domiciliul unui bolnav, este dator înainte de toate să ceară — oricare ar fi actul curativ — învoirea şi prezenţa medicului curant, pe care îl va informa despre intervenţia pe care o va face; în caz de urgenţă se va limita în mod scrupulos la câmpul propriei sale specialităţi.

49. In interesul bolnavului şi al medicilor, colegiile medicale judeţene vor înfiinţa *servicii de gardă* pentru zilele de Duminecă şi sărbători, făcând cu rândul fiecare medic, după o distribuire prealabilă.

50. Medicul de gardă se angajează a răspunde la toate apelurile bolnavilor confraţilor săi. Pentru ca publicul să ştie cui să se adreseze la nevoie, numele medicului sau medicilor de gardă vor fi publicate în jurnalele locale ale săptămânei precedente. Tabloul se va afla şi la sediul colegiului.

51. Medicul de gardă se va informa asupra medicului curant al fiecărui bolnav şi în dimineaţa următoare va emite confraţilor săi lista bolnavilor care au apelat la el, cu o menţiune scurtă asupra motivului apelului.

Datoriile medicului faţă de el însuşi

52. Medicul în vieaţa sa publică şi privată, are datoria ca prin conduita sa, prin vorba şi prin modul de a trăi, să păstreze prestigiul propriei sale profesiuni şi să facă a fi respectată onoarea şi demnitatea sa, onoarea şi demnitatea corpului medical. Mai este dator a fi păzitorul zelos al propriei libertăţi şi mai cu seamă a independenţei exerciţiului profesional.

53. Indatoririle intelectuale, morale şi fizice ce le are de îndeplinit faţă de persoana sa, le va îndeplini cu perfectă scrupulozitate.

54. Asistarea duelanţilor nu este o obligaţiune profesională a medicului.

55. Nu este admis de a ţine în permanenţă sau trecător mai multe cabinete medicale sub propriul său nume, pentru a asigura gestiunea altora.

56. Nu este admis un acord permanent sau temporar făcut de medic cu o persoană neautorizată de lege, de a exercita medicina, printr'o asociaţie de lucru sau prin împrumutarea numelui.

57. Medicul nu va protegui sau nu va favoriza sub nicio formă exercitarea ilicită a vreunei ramuri a artei de a vindeca; nici studenţilor, moaşelor, infirmierilor, laboranţilor, etc., nu le va încredinţa să exercite ceea ce aparţine propriei sale profesiuni.

58. Nu-i este îngăduit medicului de a face o publicitate prin metode şarlatăneşti, permanentă sau periodică în mod public; nu va admite sub nicio formă mulţumiri publice din partea clienţilor recunoscători.

Sunt admise anunţurile în ziare numai la instalarea medicului într'un oraş, trei zile consecutiv. Tot astfel în caz de mutarea cabinetului sau întreruperea exerciţiului pe timp minim de 30 zile.

Anunţul se va limita la: numele, titlul, adresa cabinetului şi orele de consultaţie.

Sunt considerate ca reclame deşanţate:

a) Când medicul îşi atribue prin reclame şi înştiinţări titluri academice, ştiinţifice şi profesionale nefundate;

b) Publicarea prin înştiinţări de a fi în posesia tratamentelor secrete sau a metodelor de tratament pretinse personale;

c) Difuzarea între profani, cu titlul de informaţii exagerate de vindecare, întovărăşite cu fotografia medicului şi a celor pretinşi vindecaţi, etc.;

d) Orice publicitate care ofensează profesiunea medicală.

59. Se consideră ca o gravă abatere deontologică faptul medicului de a-şi oferi serviciile sale, prin viu grai sau în scris, prin cuvântări, anunţuri, scrisori sau orice alt mijloc de publicitate ori reclamă, fie direct sau prin vreo altă persoană, care ar lucra pentru dânsul.

60. Este absolut interzis ca medicii să permită ca numele lor să fie tipărite pe specialităţile farmaceutice sau ca în reclama acestora să se folosească numele unui medic.

61. La cabinetul medical se admite o firmă având dimensiunile maxime de... pe care să fie notate: numele, specialitatea, titlurile ştiinţifice, academice sau profesionale, orele de consultaţie. Pentru regiunile cu o populaţie minoritară mai mare, se admite notarea acestor titluri şi în limba străină respectivă.

62. Cabinetul medicului trebue să corespundă cerinţelor de discreţiune, cerinţelor sociale şi igienice ale profesiunei medicale.

63. Este absolut interzis a se da consultaţii medicale sau să se presteze servicii clinice, remunerate sau gratuite în următoarele localuri: farmacii sau dependinţele lor, laboratoare de chimie, drogherii sau orice stabilimente care desfac produse farmaceutice; tot asemeni în magazine de alt gen sau dependinţele lor, la care sub orice titlu ar fi, ar participa proprietarii de farmacii, farmaciştii, droghiştii sau amploaiaţii lor.

64. Ca auxiliari, medicul va întrebuinţa persoane calificate cu drept de a îngriji bolnavii.

Preşedintele colegiului sau un delegat al acestuia, are dreptul de a controla oricând cabinetele, casele de sănătate sau sanatoriile medicale private.

65. In acelaşi cabinet, cu încuviinţarea prealabilă a colegiului, pot exercita profesiunea mai mulţi colegi, în niciun caz mai mult de 3.

66. Medicul se va supune deciziunilor colegiului privitoare la organizarea vieţii profesionale.

67. Medicul este responsabil de actele sale, conform dreptului comun; disciplinar conform legii de faţă.

Onorariile medicale şi etica lor

68. Sub niciun motiv medicul nu va profesa sub tariful minimal al colegiului medical. Nu va face rabat şi nu se va asocia cu o terţă persoană ca intermediar între el şi bolnav, pentru împărţirea onorariului.

69. Este cu desăvârşire interzis medicului de a încuraja şi de a participa ca medic tratant pe lângă asociaţiile mutuale de orice natură, fiind plătit cu abonament sau cu tarif forfetar.

Aceasta e contra demnităţii şi intereselor profesionale. Se exceptează societăţile filantropice sau caritabile, care vor beneficia de asistenţa medicală în conformitate cu dispoziţiile de mai jos.

70. Impărţirea onorariului între medicii aceluiaşi bolnav sau dihotomia între chirurg şi internist, nu este admisă fără preavizul bolnavului. Tot asemeni este interzisă împărţirea onorariului între medicul curant şi balneolog, între medicul curant şi sanatorii sau case de sănătate.

71. Se va pedepsi cu interdicţie temporară pentru prima dată, medicul care îşi va împărţi onorariul cu auxiliarii săi: farmacişti, moaşe, infirmieri, surori de ocrotire, direcţia stabilimentelor hidroterapeutice, otelieri, şi orice persoană care prin situaţia lor sunt chemate a face oficiu lângă bolnav.

72. Este de asemeni interzis oricărui medic de a participa — sub un titlu oarecare — la orice afacere industrială sau comercială, având drept obiect fabricarea, prepararea sau vânzarea produselor medicamentoase simple sau compuse; tot astfel fabricarea sau vinderea obiectelor de pansament; aparate ortopedice sau alte aparate utilizate în tratamentul medico-chirurgical.

73. Medicul care va inventa un aparat sau instrument, fie medical sau chirurgical, are dreptul să-şi revendice partea de beneficiu ce va rezulta prin vinderea acestora, cu condiţia de a nu exploata singur brevetul; dacă continuă să exercite profesiunea medicală, acest medic nu are drept să facă personal acte de comerţ propriu zis.

74. Este interzis medicului de a ţine hotel şi a ţine la el bolnavi cu titlul de pensionari. Aceasta e îngăduit numai caselor de sănătate conform dispoziţiunilor L. S. O. S.

75. In caz de consultaţii, când au participat chirurgi, internişti sau alţi specialişti, fiecare medic îşi va prezenta separat nota de onorar. De asemenea dacă o boală sau o operaţiune a necesitat colaborarea mai multor medici.

76. Colegiile medicale vor organiza servicii de asistenţă medicală, care vor lucra în circumscripţia colegiului pe lângă care fucţionează.

77. Aceste servicii vor fi conduse de către un membru al colegiului, ajutat prin rotaţie de toţi colegii ce practică medicina şi sunt înscrişi în acel colegiu şi în conformitate cu dispoziţiunile regulamentului.

Prin asistenţă medicală se înţelege vizitarea şi tratarea gratuită a persoanelor care se găsesc în neputinţă de a plăti onorariile minimale. Preşedintele colegiului medical judeţean va putea dispune ca din fondul special al asistenţei să se suporte integral cheltuelile efective ale asistenţii.

78. Au dreptul la asistenţă medicală:

a) orfanii, văduvele şi invalizii de război, legitimaţi cu carnete I. O. V.

b) persoanele de orice naţionalitate care fiind lipsite de mijloace, vor dovedi sărăcia cu:

1. Certificat de paupertate, eliberat conform legei timbrului de Administraţia Financiară.

2. Certificat eliberat în oraşe dela primărie, dela percepţia sau circumscripţia poliţienească respectivă, iar pentru locuitorii din comunele rurale, dela percepţia respectivă.

Aceste certificate vor menţiona averea, ocupaţia, etatea şi numărul familiei solicitatorilor.

79. Asistenţa medicală va putea fi retrasă, dacă se va dovedi că partea a obţinut îngrijirile medicale, pe baza unor acte falşe sau afirmaţii mincinoase sau dacă în urmă a câştigat mijloace suficiente pentru a putea plăti onorariul unui medic.

80. Serviciul asistenţei medicale va avea un fond special care se va alimenta din suma pe care colegiul o va pune la dispoziţia lui, din contribuţiunile primăriilor, judeţelor, societăţilor de binefacere, donaţiuni, din venitul conferinţelor şi orice alte venituri. Aceste autorităţi sunt obligate a înscrie în bugeturile lor o sumă pentru asistenţa medicală.

81. Un regulament elaborat de comitetul executiv al colegiilor va stabili detaliile organizării şi modul de funcţionare a serviciilor asistenţii medicale.

82. Consultaţiile gratuite făcute în afara acestor dispoziţiuni, constituesc abateri deontologice. Gratuitatea acordată continu de un medic, sanatoriu sau casă de sănătate constitue o concurenţă ilicită.

Certificatul medical. Regulile deontologice

83. Dreptul de a elibera certificate medicale, de orice natură ar fi, îl au toţi medicii înscrişi în colegiul medical, cu obligaţia de a respecta dispoziţiile legilor şi a codului prezent.

84. Medicul în decursul tratării unui bolnav, nu poate refuza la cererea bolnavului un certificat în care să fie specificată boala de care suferă.

85. In certificatul medical nu se vor consemna decât faptele pur medicale, — de visu — constatate personal de medic, asupra persoanei solicitatoare. Faptele asupra cărora nu ne putem lua toată răspunderea, nu vor fi trecute în certificat.

86. Certificatele de complezenţă chiar atunci când sunt de mică importanţă, sunt contrare demnităţii medicului.

87. Certificatul nu se va elibera decât persoanei examinate, familiei sau tutorelui, când persoana e dependentă. Dacă certificatul s'a eliberat fără a fi solicitat de persoana respectivă, constitue o violare a secretului medical.

88. Medicul va refuza examinarea cerută de o terţă persoană în vederea eliberării unui certificat medical.

89. Când certificatul se eliberează unui bolnav ce se află în tratamentul altui coleg, este necesară învoirea sau recomandarea medicului tratant. Bolnavii cu pansamente chirurgicale vor fi examinaţi în prezenţa chirurgului.

90. Certificatele medicale cerute de societăţile de asigurare pe vieaţă, accident, etc., nu vor fi eliberate decât conform tarifului colegiului.

91. Certificatele medicale pentru întreruperea terapeutică sau eugenică a sarcinei, când se vor dovedi neadevărate, afară de sancţiunea penală, se va aplica pentru prima dată disciplinar şi interdicţia temporară a profesiunei medicale. In caz de recidive repetate medicul va fi radiat din colegiu.

RESUMÉ

La déontologie médicale codifiée

L'auteur présente dans un projet de 90 articles, les devoirs et les droits déontologiques des médicins. Les anteprojets français et le code de déontologie italien, ont été utilisés et complétés. Ici on ne trouve que approximativement 30 articles.

La première partie, s'occupe de devoirs médicaux envers la société. Comme principe général, le médecin se trouve dans le service de la santé publique. Conséquement il doit avoir le droit de traiter et de guérir. Ce principe n'est, jusqu'à présent, admis dans aucune loi en Roumanie, comme aussi dans d'autres plusieurs pays.

Dans la deuxième partie, on trouve les devoirs des médecins envers les malades. Puis sont décrits les comportements déontologiques entre les médecins, comme aussi celles qui sont communes entre les médecins et les malades. Enfin, dans les dernières parties, se trouvent les devoirs éthiques envers le médecin lui-même, ceux qui concernent l'honoraire médicale et ceux qui concernent la liberation de certificats médicaux.

C'est pour la première fois, que l'éthique médicale a été élaborée, dans sa grande partie, dans un code.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Gesetzentwurf der ärztlichen Ethik

Der Verfasser stellt einen Entwurf von 90 Paragraphen der ärztlichen Ethik vor. Die französischen Entwürfe und die unifizierte italienische Gesetzgebung dienten als Grundlage, welche nur aus etwa 30 Paragraphen bestanden.

Der erste Teil handelt von den ärztlichen Pflichten der menschlichen Gesellschaft gegenüber. Als Grundsatz gilt die Verpflichtung des Arztes der öffentlichen Gesundheit zu dienen, daher sein Recht zu behandeln und zu heilen. Dieser Grundsatz findet sich in keinem rumänischen Gesetzbuch, sowie in vielen anderen Ländern.

In zweiten Teil finden sich die Pflichten des Arztes den Kranken gegenüber. Es folgen die ethischen Verhaltungen zwischen den Aerzten, sowie jener der Aerzte und Kranken angehörend. Dan sind in einen nachfolgenden Kapitel, die sittlichen Pflichten gegenüber, den ärztlichen Honorar, sowie das Verhalten bei Austellungen von ärztlichen Zeugnissen, aufgezählt.

Es ist das erste Mal, dass die ärztliche Ethik, fas zur Gänze, als Gesetzentwurf in Paragraphen ausgedrückt wird.

Probleme sanitare şi de ocrotire

Instituţii şi personal medical şi sanitar necesar pentru mediul nostru rural *)

de

Agregat **Dr. M. Zolog,**

Subdirectorul Inst. de Igienă şi Săn. Publ., Sibiu

Intr'o ţară cu aproape 80% populaţie rurală, cum este România, organizarea sanitară rurală ar fi trebuit să constitue de mult, şi să constitue încă pentru mult timp de aici înainte, o problemă fundamentală de stat. Trebuia găsită soluţia potrivită, corespunzătoare structurii sociale şi economice specifice unei ţări agricole, care, asigurând condiţii optime pentru prosperitatea biologică a naţiunii, să creeze o bază sigură progresului social şi economic al ţării.

Dacă această soluţie nu s'a găsit până acum, sau dacă s'a găsit, dar nu s'a aplicat, din motive ce momentan nu ne interesează, e timpul suprem ca să pro-

*) Conferinţă ţinută la şedinţa ştiinţifică a Colegiului medicilor — Sibiu, în ziua de 23. V. 1941.

cedăm cât mai de grabă la revizuirea greşelilor din trecut, să dăm ţării organizarea sanitară de care are nevoie, să asigurăm neamului românesc soarta pe care o merită, ca să-şi poată îndeplini destinul istoric care i-a fost hărăzit în această parte a Europei, de sentinelă a civilizaţiei şi a latinităţii.

Pentru a ne achita de această obligaţie istorică, *trebue ca problemei sanitare să i se dea importanţa şi amploarea problemei apărării naţionale.* De fapt sănătatea, sănătatea integrală, fizică, mintală şi morală, este condiţia cea mai importantă a apărării naţionale.

Istoria ne-a demonstrat de nenumărate ori că în concurenţa dintre naţiuni, viitorul surâde numai acelora, care, prin desvoltarea armonioasă a calităţilor lor, ştiu să se pună în valoare, ştiu să se impună şi să se ridice deasupra altor naţiuni.

Cultura şi civilizaţia joacă fără îndoială un rol foarte important în concertul naţiunilor, dar numai atât timp şi în aşa măsură, cât sunt sprijinite de vigoarea biologică şi de factorul numeric al populaţiei. Popoarele mici, oricât de culte şi civilizate ar fi, au perspectivele istorice mult mai reduse decât popoarele mari, în deplina desfăşurare a forţei lor de înmulţire.

Evenimentele de azi subliniază acest adevăr în mod neîndoelnic.

* * *

Organizarea unui serviciu aşa de vast şi cuprinzător cum este cel al sănătăţii publice, numai atunci are şanse de reuşită, dacă pleacă dela realităţi bine cunoscute şi mai ales bine interpretate, chiar dacă aceste realităţi ar putea fi mai mult sau mai puţin supărătoare. Dacă plecarea se face dela premize imaginare, sau interpretarea anumitor stări se face într'un sens *dorit* de organizator, atunci organizarea respectivă este sortită falimentului, agravând mai mult decât îmbunătăţind situaţia.

Care sunt aceste realităţi care trebuesc necondiţionat cunoscute, şi care trebue să fie punctele de plecare în organizarea serviciului nostru sanitar rural?

Înşirarea, studiul şi interpretarea lor, ar putea umple mai multe volume, mă abţin deci dela discuţia amănunţită a acestor realităţi şi voiu înşira doar câteva, pe care le cred esenţiale şi hotăritoare pentru organizarea serviciului nostru sanitar rural. Datele care urmează se referă la România cu graniţele intacte, aşa cum a fost şi — am încrederea nesdruncinată, — aşa cum va fi din nou.

1. România are o populaţie rurală de 79.9% (în 1930) în cea mai mare parte (75.3%) fiind românească şi angajată în agricultură.

TABELA Nr. 1.

Procentul populaţiei rurale din România pe ţara întreagă şi pe provincii istorice în 1930.

PROVINCII	PROCENTE
ROMÂNIA	79.9
Muntenia	72.9
Bucovina	73.4
Moldova	75.6
Dobrogea	76.2
Criş-Maramureş	80.2
Banat	82.1
Transilvania	84.0
Oltenia	87.0
Basarabia	87.1

2. Această populaţie este distribuită, am putea chiar spune că este pulverizată în 15.201 sate, cifra medie de locuitor pe un sat variind între 646 loc. în Moldova şi 1838 loc. în Bucovina, media locuitorilor unui sat pe ţară fiind de 949. Peste 60% din populaţia rurală locuieşte în sate cu mai puţin de 1000 locuitori.

TABELA Nr. 2.

Media locuitorilor unui sat în România pe provincii în 1930.

PROVINCII	Nr. satelor	Nr. loc. unui sat
ROMÂNIA	15.201	949
Bucovina	341	1.837
Transilvania	2.590	1.439
Basarabia	1.847	1.382
Banat	588	1.315
Criş-Maramureş	911	1.224
Muntenia	3.357	874
Dobrogea	725	852
Oltenia	1.990	661
Moldova	2.843	646

TABELA Nr. 3.

Frecvenţa comunelor administrative după numărul locuitorilor, în România, în 1930.

NUMĂRUL LOCUITORILOR	NUMĂRUL COMUNELOR
0 — 250	1.960
251 — 500	3.122
501 — 750	2.725
751 — 1.000	1.903
1.001 — 1.250	1.318
1.251 — 1.500	874
1.501 — 1.750	680
1.751 — 2.000	481
2.001 — 2.250	336
2.251 — 2.500	294
2.501 — 3.000	359
3.001 — 4.500	410
4.501 — şi peste	178

Această fărămiţire în unităţi mici a populaţiei noastre rurale este de o importanţă deosebit de mare

şi constitue piedeca cea mai serioasă în calea organizării noastre de stat, fie că este vorba de organizarea sanitară, fie de cea administrativă sau şcolară, sau de alta.

Acest fapt, chiar dacă este mult pitoresc în particularismul fiecărui sat în parte, *scumpeşte* şi *complică* foarte mult organizarea tuturor serviciilor statului, inclusiv a serviciului sanitar. Vieaţa în astfel de unităţi mici, izolate, a dus la desvoltarea unui individualism prea pronunţat, dăunător chiar, la lipsa de colaborare pe un plan mai larg, la lipsa de eforturi în comun, chiar şi în cazurile când cele individuale s'au dovedit fără rezultat. Nu cred că există vreun caz, sau dacă există, sunt extrem de rare, când două sate ar fi depus eforturi comune pentru realizarea unui scop d. ex. clădirea unui dispensar sau a unei şcoli, etc.

In astfel de imprejurări, fiecare comună a apelat la bunăvoinţa şi la bugetul statului, care la rândul lui şi-a pulverizat şi efortul şi bugetul în realizări mici, incomplete, fără ca să fi putut realiza ceva mai impunător şi mai temeinic.

Dacă media locuitorilor unui sat pe ţară ar fi 2000 în loc de 949, situaţia s'ar ameliora în mod simţitor. Dată fiind însă realitatea, care nu poate fi schimbată, trebue să ne adaptăm ei, trebue să croim haina după om şi nu omul după haină.

3. Nivelul cultural al populaţiei noastre rurale este destul de redus, după cum se poate constata din tabela de mai jos, care ne arată procentul ştiutorilor de carte pe ţară şi provincii, bărbaţi şi femei.

TABELA Nr. 4.

Ştiinţa de carte în România pe provincii, în 1930.

PROVINCII	Ştiutori de carte în %		
	Total	Bărbaţi	Femei
ROMÂNIA . .	57.0	62.2	45.5
Oltenia	49.5	70.4	31.0
Muntenia	57.6	74.2	41.9
Dobrogea	52 9	65.1	40.2
Moldova	57.0	71.0	43.3
Basarabia	38.1	51.4	25.1
Bucovina	66.7	72 2	59.7
Transilvania . . .	68.3	73.8	62.9
Banat	72.0	80.1	64.4
Criş-Maramureş . . .	61.5	67.8	55.4

Adevărat că din 1930 proporţia ştiutorilor de carte a mai crescut, cu aproximativ 1% anual, deci procentul pe ţară în 1940 ar fi fost de aproximativ 67—70%, dar şi această cifră este încă tot redusă.

Concluziile ce se pot trage din acest fapt de asemenea au o semnificaţie deosebită, pentru felul şi mai cu seamă pentru spiritul în care trebue să se facă organizarea sanitară rurală. Inseamnă că avem de a face cu o populaţie, care mai puţin sau mai mult este lipsită de cunoştinţele şi practica igienei colective şi personale, nu are iniţiativă nici în domeniul sănătăţii publice, nici chiar în păstrarea şi respectarea sănătăţii proprii sau a familiei. Avem o populaţie cu o atitudine, mai mult pasivă decât activă faţă de problemele sănătăţii. Trebue deci ca serviciul sanitar, prin instituţiile şi organele lui competente, să o caute şi să se apropie de ea, chiar şi această metodă întâmpină uneori dificultăţi, dar mai cu seamă are nevoie de o educaţie igienică minuţios organizată şi bine susţinută, ca să o transformăm cu timpul, şi din rolul pasiv ce are azi, să devie un colaborator activ şi conştient pentru mai binele sănătăţii publice.

4. Despre nivelul şi starea economică a populaţiei noastre rurale avem deja o serie întreagă de informaţii foarte preţioase. Nu voiu aminti la acest loc doar câteva date, în aparenţă mai puţin importante, în realitate însă având o semnificaţie deosebită.

Deşi suntem o ţară exportatoare de grâu, anual am exportat aproximativ 10 milioane qu., consumul de grâu la noi este extrem de redus, 247 gr. pe zi şi cap de locuitor media pe ţară, consumul calculat pe mediul rural de sigur este şi mai redus. In schimb avem cea mai mare cifră de pelagroşi din toată Europa. Rapoartele oficiale arată numărul pelagroşilor în jurul a 60.000, cunoscătorii problemei în jurul a 200.000. Dacă am consuma zilnic 500 gr. pâine, am exporta anual cu 5.000.000 qu. mai puţin grâu, dar poate am scăpa şi de pelagră.

Consumul de lapte pe zi şi cap de locuitor la noi este între 200—300 gr., în unele regiuni însă consumul mediu scade la 75 gr. la zi, până când în Anglia, Germania, Danemarca, Olanda, Franţa, consumul variază între 500—1000 gr. pe zi şi cap de locuitor. Chiar şi în ţările vecine se consumă mai mult lapte decât la noi.

Consumul de carne pe an şi cap de locuitor la noi, este cu ceva peste 20 kgr., calculat numai pe mediul rural de sigur şi mai puţin, până când în Germania, Anglia, Olanda, etc., consumul de carne e de 3—5 ori mai mare.

Consumul de zahăr în ţările occidentale este de 7—10 ori mai mare ca la noi.

Concluzie: problema sănătăţii publice, asigurarea progresului numeric şi calitativ a populaţiei, la noi nu este o problemă care aparţine exclusiv departamentului sănătăţii, ci este o problemă fundamentală de stat, care poate fi rezolvată numai prin efortul coordonat al tuturor departamentelor statului. Rezolvirea ei este o problemă de biopolitică, sau dacă vrem este însăşi biopolitica aplicată.

Toate eforturile trebue să se concentreze într'un singur scop: asigurarea prosperităţii biologice a populaţiei, asigurarea sănătăţii integrale, a trupului, a sufle-

tului şi a minţii, toate celelalte urmează aproape automat, fie prin muncă, fie prin arme.

Cu toate acestea situaţia încă nu-i disperată, o intervenţie promptă şi energică ar putea încă salva mult. Deşi excedentul natural scade din an în an, dela media de 13.5‰ pe anii 1930—1934 a scăzut la media de 10.6‰ pe anii 1935—39, acest excedent este încă destul de ridicat faţă de excedentul altor ţări şi asigură încă progresul numeric al populaţiei.

TABELA Nr. 5.

Micşorarea populaţiei în România pe anii 1930—39.

Anii	Natalitatea	Mort. gen.	Exced. nat.	Mortalitatea infantilă
1930	35 0	19.4	15.6	17.6
1931	33.4	20.9	12.5	18.0
1932	35.9	21.7	14.2	18 5
1933	32.1	18.7	13.4	17.4
1934	32.4	20.7	11.7	18.2
1935	30.7	21.1	9 6	19.2
1936	31.5	19.8	11.7	17.5
1937	30.8	19.3	11.5	17 8
1938	29.6	19.2	10 4	18.4
1939	28.3	18.6	9.7	17.6

Este îmbucurător mai cu seamă faptul că acest excedent este mai mare la populaţia română, decât la minorităţile conlocuitoare. Indicele vital al românilor este sensibil urcat faţă de cel al altor neamuri, după cum se vede din tabela Nr. VI.

TABELA Nr. 6.

Indicele vital simplu al neamurilor din România. (Cifrele absolute care au servit la calcularea proporţiilor sunt din anii 1934—1937).

NEAMUL	INDICELE VITAL
Toate neamurile	155 0
Români	160.6
Unguri	135.4
Evrei	106.2
Germani	131 9
Ruşi, ruteni, ucraineni . .	148.0
Alte neamuri	143.5

TABELA Nr. 7.

Scăderea natalităţii în Ardeal în anii 1875—1930.

ANII	%
1874—1890	42.3
1891—1900	36 8
1901—1910	36.1
1911—1913	34.6
1914—1920	32 2
1921—1925	29.6
1926—1930	28 6

Un regret particular avem noi ardelenii, dat fiind faptul că scăderea natalităţii este mai acentuată în provincia noastră decât în celelalte provincii ale ţării.

* * *

După expunerea sumară a datelor mai sus înşirate, care caracterizează destul de bine situaţia populaţiei noastre rurale, să vedem ce condiţiuni esenţiale trebue să îndeplinească serviciul nostru sanitar rural, ca să se potrivească oamenilor şi stărilor la care se referă.

Aceste condiţiuni sunt următoarele:

1. Trebue să fie descentralizat, până la comună, aşa cum este pulverizată populaţia, în unităţi mici şi multe. Descentralizarea înseamnă ca fiecare necesitate de ordin sanitar şi de ocrotire să-şi poată afla soluţiunea potrivită la timpul potrivit şi acomodată posibilităţilor.

2 Organizarea sanitară rurală trebue să fie cuprinzătoare, respectând toate cerinţele privind sănătatea publică, adică integritatea şi prosperitatea biologică (fizică, psihică şi mintală), calitativă şi cantitativă a generaţiilor actuale şi a celor viitoare a populaţiei.

3. Trebue să fie în primul rând preventivă, şi numai în al doilea rând terapeutică, reparatoare. Primul şi principalul obiectiv este populaţia sănătoasă. Păstrarea şi perfecţionarea sănătăţii generaţiilor prezente şi viitoare trebue să fie preocuparea principală.

4. Faţă de atitudinea mai mult pasivă şi uneori chiar de rezistenţă a populaţiei, iniţiativa şi acţiunea trebue să pornească din partea serviciului sanitar, într'un spirit de înţelegere şi bunăvoinţă, chiar de dragoste faţă de populaţia rurală, ocrotindu-o cum părinţii îşi ocrotesc copiii, ea fiind încă minoră din acest punct de vedere.

5. Serviciul să fie tehnic şi nu birocratic, problemele se rezolvă pe teren şi nu în birouri. Munca să fie programatică şi sistematică, nu ocazională şi incidentală. Să se cunoască realitatea dela care trebue să plece, să se ştie scopul care trebue atins, munca şi realizările să fie eşalonate pe timpul necesar, asigurând un progres minimal în mod obligatoriu, şi purtând răspunderea în caz de nerealizarea ţintei finale.

6. Rezultate durabile şi definitive se pot obţine numai atunci, când populaţia va colabora în mod activ şi conştient la opera de însănătoşire generală, ceea ce nu se poate obţine numai printr'o educaţie igienică bine organizată şi susţinută, condusă de organele serviciului sanitar — ajutaţi însă în mod obligator de toţi conducătorii satelor şi în toate împrejurările (preoţi, învăţători, notari, farmacişti, etc.), care, la rândul lor, ca să poată fi utili, trebue ca ei înşişi în mod obligator să fie instruiţi în problemele fundamentale ale sănătăţii publice.

7. Dată fiind interdependența între sănătatea publică și problemele economice, culturale, etc., trebue un efort concentric dar coordonat al tuturor departamentelor pentru ridicarea nivelului populației din toate punctele de vedere. Colaborarea cea mai strânsă între organele sanitare și cele administrative, școlare, bisericești, agricole, etc., este condițiunea sine qua non a reușitei în domeniul sănătății publice. Unificatorul și coordonatorul acestor eforturi trebue să fie conducătorul răspunzător al serviciului sanitar local, scopul final fiind *omul*, asigurarea prosperității lui biologice, toate celelalte sunt numai *mijloace*, pentru ajungerea scopului suprem.

8. Sarcinile materiale, necesare pentru repararea defectelor, precum și pentru păstrarea și perfecționarea sănătății, să fie repartizate între individ, colectivitate locală sau regională și stat, după condițiunile locale, gradul de răspundere pentru ivirea defectului și beneficiul rezultat din rezolvirea problemei de ordin sanitar sau de ocrotire.

Dezideratele de mai sus se pot obține: prin reforme legislative și financiare, relativ mai ușor de realizat, și prin reforma omului, prin schimbarea mentalității acelora cărora voim să le venim în ajutor și a acelora prin care voim să le venim în ajutor, ceea ce este cu mult mai greu de obținut și necesită un timp cu mult mai îndelungat.

* * *

Se pune acum problema: care este organizarea sanitară rurală actuală și ce modificări trebuesc aduse acestei organizări în spiritul principiilor mai înainte înșirate?

Serviciul sanitar rural este centralizat la județ și este condus de medicul primar al județului. Județul este împărțit în circumscripții sanitare, conduse de câte un medic de circumscripție, ajutat în unele circumscripții de câte o soră de ocrotire (relativ puține), și de 1—2 agenți sanitari. Populația care revine pe o circumscripție sanitară variază între 6—12.000 locuitori. In unele circumscripții, la sediu, există un dispensar.

Medicul primar al județului conduce, controlează, supraveghiază și coordonează întreaga activitate sanitară a județului. Supraveghează serviciul meidcinei, farmaciei, drogheriei, dentisticei, practica moșitului, aplică legile și regulamentele, aplică amenzile sanitare și pedepsele personalului subaltern, aplică hotărîrile Consiliului de Igienă, conduce biroul și arhiva, etc., etc. Toate acestea obligații îi absorb tot timpul și toată capacitatea de muncă, încât practic pe teren, nu are timp să lucreze, nu poate aprofunda și rezolvi aproape nicio problemă, în cele mai bune cazuri dacă poate pe lună odată să inspecteze fiecare circumscripție.

Pe teren lucrează deci un singur medic, cel de circumscripție, ajutat, acolo unde este, de sora de ocrotire și de agentul sanitar. Medicul de circumscripție are deci în sarcina sa toate problemele, atât de medicină curativă, cât și de medicină preventivă și ocrotire, pulverizându-și timpul și energia între cele mai variate preocupări, pentru rezolvirea cărora nu are nici timpul și nu poate avea totdeauna nici competința tehnică necesară. La aceasta se mai adaugă și schimbarea lor, dela un loc la altul, în intervale foarte scurte, ceeace constitue o mare pierdere de timp util. Nu mai poate fi deci vorbă de o muncă sistematică, de întocmirea unui program și realizarea lui treptată, de aprofundarea unei probleme. Munca lui este fărîmițată, nu atacă o problemă în ansamblul ei, ci numai un caz, care este presant, dar nu totdeauna mai important. Rezultatele le cunoaștem cu toții: scăderea treptată a excedentului natural al populației.

Pentru situația aceasta nu arunc vina în sarcina medicilor de circumscripție, vinovat este sistemul de organizare în care lucrează.

De ce organizare, de ce instituții și personal are nevoie serviciul nostru sanitar rural, ca să eșim din situația în care ne găsim, ca să asigurăm integritatea și prosperitatea biologică, calitativă și cantitativă a generațiilor actuale și a celor viitoare?

Legea sanitară și de ocrotire din 1930, Legea Prof. Moldovan, neaplicată integral până acum, răspunde prompt și amănunțit la această întrebare.

Ce inovații, ce principii și metode noui introduce această lege față de situația actuală? Ar trece cu mult peste limitele acestui articol o discuție amănunțită a acestei legi. Unele dintre principiile ei au fost deja amintite mai înainte, rămâne deci ca să vedem practic, pe teren, ce instituții, ce personal și ce structură nouă de organizare introduce această lege.

Simte fiecare, care s'a ocupat cu problemele sănătății publice, că există un gol, o distanță prea mare între medicul primar de județ și medicul de circumscripție. In acest gol legea din 1930 pune: plasa sanitară, ca nouă unitate sanitară, și medicul igienist, ca un tehnician specialist în domeniul igienei și sănătății publice.

Plasa sanitară cuprinde mai multe circumscripții, cu un total aproximativ de 50.000 locuitori. Unde densitatea populației este mai mare, posibilitățile de comunicație mai bune, totalul locuitorilor se poate urca până la maximum 100.000 locuitori.

Plasa este condusă de medicul igienist de plasă, ajutat de sora de ocrotire conducătoare, un oficiant sanitar-conductor tehnic sanitar, un funcționar de birou și are o mașină pentru deplasare.

La circumscripție rămâne medicul de circumscripție, ajutat de sora de ocrotire, moașă și agentul sanitar, până la dispariția lui, fiind înlocuit cu conductorul tehnic sanitar.

Medicul igienist de plasă nu este un organ administrativ în plus, ci este un organ tehnic sanitar, care lucrează efectiv pe teren, descărcând pe medicul primar de județ de activitatea detaliată pe teren, pe care și așa nu o poate face, și descărcând de majoritatea atribuțiilor preventive pe medicul de circumscripție, care de asemenea nu le poate rezolva pe toate, neavând nici timp, nici competința tehnică necesară. Nu este deci vorba de creiarea „unui oficiu intermediar de înregistrare", ci de trimiterea de forțe noi, specializate și competente, pentru a lucra efectiv pe teren.

Medicul igienist de plasă, eliberat de sub greaua sarcină a medicinei curative, care rămâne în seama medicului de circumscripție, va centraliza în mâna lui toate problemele de igienă și sănătate publică mai importante. El, având și timpul și competința tehnică necesară, va studia problemele, va întocmi programele de muncă, va sistematiza și eșalona realizarea lor, potrivit importanței și urgenței lor. El, fiind descătușat de micile interese și obligații inerente medicinei terapeutice, va fi medicu populației sănătoase, va activa în sensul păstrării și perfecționării sănătății ei.

Se va ocupa în mod deosebit cu marea problemă a mamei și copilului, cu igiena școlară, organizarea vieții recreative, educația igienică, morală și fizică a tineretului, de problema depistării, profilaxiei și combaterii bolilor infecțioase, de organizarea luptei contra plăgilor sociale, asistența socială, problemele salubrității publice, etc. etc.

Mai presus de toate însă, el fiind organul permanent pe teren, bun cunoscător al problemelor și nevoilor populației, va centraliza și coordona eforturile tuturor departamentelor de Stat în vederea asigurării prosperității biologice a populației, el va trebui să fie agentul de legătură între populație și instituțiile Statului care vor realiza principiile biopoliticei.

Din cele de mai sus se poate deduce că formarea medicilor igieniști este o problemă destul de dificilă și de lungă durată, prin urmare și realizarea plășilor sanitare este tot atât de lungă durată.

Ar fi cea mai mare greșală de a însărcina cu conducerea plășilor medici cari nu corespund integral chemării, fie din punct de vedere a competinței tehnice, fie din punct de vedere a capacității de muncă sau a mentalității.

Medicul de circumscripție rămâne și pe mai departe la locul lui, va fi descărcat de o bună parte a atribuțiilor lui preventive, dar nu de toate, va putea satisface mai bine cerințele curative ale populației, va colabora cu medicul igienist de plasă în diverse direcții și probleme.

Mai înainte am insistat asupra valoarei și importanței educației igienice a populației, ca bază pentru o colaborare activă între populație și serviciul sanitar rural. Țin să insist din nou că fără această educație, sau mai bine zis fără colaborarea activă câștigată prin educație, multe eforturi și multe proiecte sunt sortite eșuării.

Organul sanitar anume creiat în acest scop, atât de clar definit de Prof. Moldovan încă în 1919, când în întreaga Europă nu exista nici o instituție similară, este sora de ocrotire. Sora de ocrotire este deja destul de bine cunoscută, așa că nu trebue să insist mai mult asupra chemării și atribuțiilor ei.

Totuși, recunoscând importanța deosebită a surorii de ocrotire, trebue să recunoaștem că realizările lor rămân uneori sub așteptare. Motivul? Se uită prea des că sora de ocrotire nu este nici agent sanitar feminin, nici dactilografă sau funcționară, nici asistentă în cabinet medical, și încă am putea continua cu multe nici-uri, ci în primul rând este o educatoare practică în igienă. Activitatea ei trebue să se desfășoare în familia țăranului, unde prin vorbe, dar mai ales prin fapte și demonstrații, va face educație igienică, va ajuta și va sfătui familia, ca să-și respecte, să-și păstreze și să-și perfecționeze sănătatea. Ele sunt punctele terminale ale descentralizării în materie sanitară. Prin ele putem obține informațiile cele mai greu de obținut (graviditate, avorturi, venerii, etc.), dar a căror cunoaștere timpurie este extrem de importantă, și tot prin ele putem activa în modul cel mai discret, dacă e nevoie, și în modul cel mai eficient.

Dar ca să obținem rezultatele așteptate, activitatea lor trebue încadrată într'un sistem de muncă bine închegat și organizat, care este tot plasa sanitară. Lăsate de capul lor, fără control și îndrumare, sunt deturnate dela chemarea lor principală, de a lucra în sânul familiei țărănești, și ajung un fel de infirmiere-vizitatoare-funcționare sanitare, fără nici o influență asupra mersului sănătății publice.

Agentul sanitar este o relicvă din epoca infantilă a serviciului sanitar, supraviețuind oamenii și timpul de cari și pentru care a fost creat. Este personajul care caracterizează nivelul și tehnica serviciului nostru sanitar rural. Nu mă năpăstuesc asupra unei categorii minore de oameni, nu ei sunt vinovați de marele rol pe care îl au în sănătatea satelor, ci acei cari, deși depășiți, iau mai lăsat cu vechile atribuții și le-a mărit numărul.

Cred că este foarte comod a lucra la sate prin agentul sanitar, așa cum se mai întâmplă în câteva regiuni ale țării, dar nu e mai puțin adevărat că nu mai corespunde timpurilor de azi.

Locul lui va trebui cu timpul să fie luat de conductorul tehnic sanitar, cu cel puțin 4 clase secundare și o pregătire temeinică de 2—3 ani în problemele salubrității publice, cu atribuții limitate numai în acest domeniu, prin urmare nu va mai vaccina, face injecții, combate boli infecțioase, etc.

Ca personal de acțiune pe teren în plasa sanitară vom avea deci: medicul igienist de plasă, medicii de circumscripție, surori de ocrotire, moașe și conductori tehnici sanitari.

Trebue să recunoaștem însă că nici acest personal încă nu e suficient. Sunt probleme ale sănătății publice cari cer o specializare și mai detailată, ca de ex.: tuberculoza, puericultura, în unele regiuni malaria, dentistica și poate veneriile. Acești specialiști trebue puși la dispoziția Plasei, *nu ca personal permanent*, cu reședința în Plasă (afară doar de malariolog), ci pentru anumite zile pe săptămână, după nevoile locale. Ei, fie că se vor deplasa, contra unei diurne, din capitala județului, fie că vor fi angajați pentru mai multe plăși, fie că vor forma dispensare mobile, soluția va varia dela județ la județ, vor trebui să-și dea tot concursul pentru rezolvirea problemelor cari trec și peste competința medicului igienist de plasă.

* * *

Cari sunt instituțiile sanitare necesare mediului rural? Se pare că e deja un principiu în general acceptat că spitalele mici, așa zisele spitale rurale, nu sunt de nicio utilitate practică.

Avem însă nevoie de un spital județean, la sediul județului, bine încadrat cu specialiștii necesari și secțiile respective și bine înzestrat cu tot utilajul tehnic modern.

Ne trebue un spital și la centrul plășii, mai cu seamă când comunicația cu sediul județului este dificilă, dar acest spital, cu deosebire de cel din centrul județului, nu va avea un caracter pur curativ, ci mai mult social și preventiv, servind în primul rând pentru internarea contagioșilor, apoi acomodat condițiunilor locale, pentru copii, nașteri, tuberculoși și venerici, etc., evident respectând principiile generale de ospitalizare.

Cealaltă instituție sanitară preconizată la sediul plășii este Casa de ocrotire cu dispensarul central al plășii, care va fi bine utilat și bine organizat, să permită examinări mai specializate, făcute mai ales de specialiștii plășii (de ex.: examen radiologic, pneumotorace, etc.)

Instituția sanitară fundamentală din mediul rural trebue să fie: *Casa de ocrotire dela sediul circumscripției.* Rostul și funcționarea ei se înțeleg destul de dificil.

Se confundă cu dispensarul sau spitalul rural, deși ea e mai mult și mai cuprinzătoare decât și dispensarul și spitalul rural.

Ea va trebui să fie în primul rând un centru de prevenire al bolilor infecțioase și sociale, de ocrotire a mamei și copilului, de educație a familiei țărănești, luând sub grija ei pe cei sănătoși, dar primejduiți, tratând și boli individuale, dar nu ca scop principal, ci de a se servi de contactul realizat prin aceasta cu familia, ca să elimine cauze de îmbolnăviri noui. Acest rol îl îndeplinește dispensarul, care face parte integrantă din casa de ocrotire, este chiar nucleul ei.

Casa de ocrotire însă va trebui să se mai îngrijească de sugarii bolnavi, serios periclitați, va trebui să servească ca leagăn pentru sugarii sănătoși, cămin de zi pentru copii mici, în timpul muncii la câmp a părinților, să aibă posibilități de ospitalizare și intervenții urgente: accidente, faceri grele, când bolnavul nu poate fi transportat la sediul spitalului, intervenția însă necesită local și instrumentar, care nu se găsește la domiciliul bolnavului și nu se poate transporta. Această ospitalizare are un caracter ocazional și nu permanent, ca la spital.

Ea va fi complectată cu o bucătărie de demonstrație, care ocazional va pregăti și alimentele persoanelor ospitalizate, *în mod permanent* va face însă și demonstrații și practică, mai cu seamă în orele de seară, cu mamele, pentru a le învăța să pregătească mâncări sănătoase și raționale pentru copiii mici și pentru familia lor.

Va avea o baie duș, în primul rând pentru elevii școlari, dar și pentru adulți, pentru a obișnui populația cu regulele elementare de igienă corporală. Va putea avea chiar și un mic atelier de cusătorie, tot cu scop demonstrativ, pentru a învăța mamele cum să-și confecționeze hainele pentru copiii mici.

Biroul medicului și a sorei de ocrotire complectează Casa de ocrotire, care astfel devine centrul întregei activități preventive, de ocrotire și educație din circumscripție. De acolo pleacă toate inițiativele și acolo se centralizează toate informațiile asupra tuturor problemelor, cari studiate și interpretate, servesc pentru noi intervenții pe teren și stimulează la găsirea de noi mijloace de lucru.

Organizarea casei de ocrotire va începe totdeauna cu dispensarul, biroul medicului și a sorei și se va completa după nevoi și posibilități, cu orice anexe care servesc binele populației. Cu timpul casa de ocrotire își va crea filiale pentru alte comune, sau grupuri de comune din circumscripție, pentru a-și descentraliza și mai mult activitatea, pentru a se apropia și mai mult de familia țărănească, acesta fiind mijlocul cel mai bun de a-i câștiga încrederea și a o transforma într'un colaborator activ și conștient pentru menținerea sănătății.

* * *

Se pune acum problema cum se va putea realiza această organizare sanitară?

Este de sine înțeles că nu putem realiza *întreg programul, deodată, pe toată țara.* Va trebui eșalonat pe mai mulți ani, pe 10—15, eventual chiar 20 de ani, depinde de o serie întreagă de condițiuni, care nici nu pot fi toate prevăzute.

Va trebui să începem cu pregătirea personalului, medici igieniști, surori de ocrotire, conductori tehnici sanitari și moașe, ca personal propriu al plasei și personalul medical specializat: medici ftiziologi, puericultori, malariologi, dentiști, etc., fără a căror concurs nu se pot obține rezultate definitive. Dacă în fiecare an am putea organiza 10 cel mult 15 plăși, ar trebui să ne declarăm foarte mulțumiți. Pentru acest număr redus de plăși am găsi medicii igieniști necesari, bine pregătiți, bugetul ar putea suporta mai ușor investițiile mai urcate din primul an de organizare.

Va trebui să introducem un control mai eficient atât în ceea ce privește activitatea medicilor de circumscripție și a surorilor de ocrotire, cât și a medicilor igieniști de plasă. In loc de *a măsura numai munca depusă*, ceea ce nu se face totdeauna în mod obiectiv, și chiar dacă se face nu oglindește fidel *calitatea muncii*, care de multe ori este mai hotărîtoare decât cantitatea, se va introduce și la noi sistemul, introdus în multe alte țări, de a măsura și *rezultatul muncii:* reducerea mortalității generale, infantile, prin tbc., scăderea indicelui de frecvență a unor boli, raportul dintre morbiditate-letalitate, realizări pe teren, etc., care pot fi mai ușor verificate. Calificarea și avansarea medicilor și a personalului auxiliar sanitar să se facă pe baza acestor criterii obiective, putând astfel să ne formăm un corp de medici igieniști select, pentru toate posturile de conducere în domeniul sănătății publice.

* * *

Mai presus de legi și regulamente, de planuri și programe de muncă, ca o condițiune sine qua non a propășirii noastre pe teren sanitar stă *continuitatea.*

Legile cele mai perfecte, programele cele mai ingenioase, nu dau niciun rezultat, nu aduc nicio îmbunătățire a situației sanitare, dacă realizarea lor nu este asigurată în continuare.

Scăderea cea mai greu simțită a organizării noastre sanitare, nu a fost lipsă de legi și programe, ci lipsă de *continuitate*, care a făcut ca multe intențiuni bune, multe idei sănătoase, să se frângă la mijlocul realizărilor, să apară diformate, chiar din cauza nerealizării lor integrale.

Trebue deci ca toți, care poartă răspunderea sănătății publice a țării, prin urmare a viitorului neamului românesc, fie că au o răspundere oficială sau una morală, să cadă de acord asupra unui plan de organizare sanitară, care să fie obligator, în liniile lui generale, indiferent de schimbarea de regimuri ori guverne.

Realizarea acestui plan, întocmit prin consensul unanim al factorilor cu răspundere, să se eșaloneze pe o perioadă de 10—15 ani, în ordinea importanței și urgenței problemelor.

Se va pune astfel la adăpost sănătatea publică, atât față de fluctuațiile politice, cât și față de punctele de vedere prea personale ale conducătorilor vremelnici ai ei.

După trista experiență a trecutului, este singura cale care ne-a mai rămas, spre a ne duce la un bun rezultat.

Ne bucură faptul că această înțelegere, mult așteptată și mult dorită, este pe cale de realizare sub actuala conducere a Ministerului Sănătății și dorim ca ea să fie cât mai desăvârșită și cât mai bine închegată, spre binele neamului românesc.

Programul de activitate al medicilor de circumscripție rurală

de

Dr. Oct. Oprean

medic igienist și delegat medic primar județean

Multă vreme activitatea medicilor de circumscripție a rămas anonimă și puțin apreciată din punct de vedere științific. In trecut atribuțiunile acestei categorii de medici se rezumau la consultația și tratamentul bolnavului, apoi câteva probleme de medicină legală (certificate, expertize etc.) și ca operă preventivă singură aplicarea vaccinărilor antivariolice. Intreagă activitatea nu era sistematizată într'un cadru bine definit și nu era înregistrată așa fel ca să poată evidenția rezultatul și mai ales nu erau luate în considerare problemele demografice și de salubritate publică.

Sporirea metodelor aplicabile în domeniul medicinei preventive pune la îndemâna medicului mai multe mijloace de combatere a bolilor epidemice și sociale, iar desvoltarea științelor biologice cu aplicațiuni asupra populațiunei au arătat necesitatea îmbrățișerii problemelor demografice.

La noi populația rurală fiind în proporție de 80%, este de înțeles că grija aplicării măsurilor de ordin sanitar să rămână în sarcina medicilor de circumscripție și astfel atribuțiunile să se înmulțească în mod simțitor.

Randamentul măsurilor este în funcțiune de posibilitatea lor de aplicare la timp și în toate colectivitățile chiar și din localitățile cele mai îndepărtate. Variația problemelor și posibilitatea de aplicare rațională a măsurilor sanitare reclamă necondiționat o sistematizare într'un program bine definit, care să fie posibil de executat în mod conștiincios și continuu.

Ministerul Sănătății în dorința de a realiza această activitate periferică a dispus ca fiecare medic de cir-

cumscripţie să aibă un *program săptămânal* al consultaţiilor gratuite la sediul circumscripţiei şi un *itinerar fix* al inspecţiilor sanitare din comunele aparţinătoare.

Asistenţa medicală a populaţiunei se poate satisface prin 3 şedinţe de consultaţiuni săptămânale ţinute la dispensar sau la sediul circumscripţiei, care în general sunt suficiente dacă durează o jumătate de zi fie înainte, fie după masă, după condiţiunile locale.

Şedinţele de consultaţii vor fi programate aşa fel ca una să fie la începutul săptămânei pentru consultaţii generale gratuite şi tratamentul bolilor sociale, în deosebi cele venerice, a doua şedinţă să fie la mijlocul săptămânei rezervată exclusiv pentru puericultură (sugari, şi prenatale), iar a treia să fie către sfârşitul săptămânei tot pentru consultaţii generale şi tratamentul bolilor sociale. In acest fel poate fi executat tratamentul bolililor venerice prin 2 injecţii la săptămână şi să rămână spaţiul de 2—3 zile consecutiv între zilele de tratament.

Pentru ca serviciul de asistenţă medicală să funcţioneze în bune condiţiuni, să cere ca medicul să execute consultaţiile cu cea mai mare conştienţiozitate şi mai ales să le execute în mod regulat. Dacă consultaţiile încep regulat la ore fixe şi programul se menţine timp îndelungat, populaţia care are nevoie de asistenţă medicală îşi întocmeşte în aşa fel timpul de transport şi ocupaţia ca să se prezinte la timp. Dacă însă programul se modifică des, sau nu se aplică în mod regulat, publicul pierde orientarea şi se prezintă la consultaţie în orice timp fără să nimerească niciodată pe cel potrivit. Pentru stabilitatea programului este necesară şi stabilitatea medicului în mediul rural, ceea ce sperăm că se va putea rezolva prin acordarea primei de reşedinţă la circumscripţiile grele, lipsite de confort şi îndepărtate de centrele economice şi culturale.

In ceea ce priveşte rezolvarea problemelor sanitare pe teren încredinţate medicilor de circumscripţie, Ministerul Sănătăţii cere ca fiecare medic să facă 12 inspecţii sanitare pe lună în comunele aparţinătoare, într'o zi putându-se face numai o singură inspecţie.

Inspecţiile comunale trebuesc făcute în zilele rămase libere după întocmirea programului fix dela reşedinţă şi numai pentru localităţile apropiate pot fi fixate în jumătatea de zi liberă din ziua de consultaţie.

Este adevărat că, dacă luăm 3 jumătăţi de zile din săptămână, celelalte 3 zile trebuesc toate completate prin inspecţii comunale; dar astfel se dă posibilitatea medicului de circumscripţie de a fi cât mai mult pe teren şi în mijlocul populaţiunei a cărei sănătate îi este încredinţată. Timpul liber pentru birou şi clientela particulară rămâne cel de Dumineca, apoi jumătăţiile de zile rămase dela consultaţii, precum şi timpul ce se mai economiseşte dela inspecţiile comunale.

Cu ocazia inspecţiilor comunale medicul este obligat să asigure asistenţa medicală la domiciliul bolnavilor unde este chemat, să inspecteze instituţiile publice, şcolile, localurile comerciale, industriale, să descopere bolile epidemice şi medico-sociale, să ia măsuri de combatere, tratament, izolare, vaccinări etc. apoi să facă verificarea deceselor, să supravegheze salubritatea publică, a surselor de aprovizionarea cu apă, şi să stimuleze iniţiativa locală pentru construcţii şi înfiinţări de instituţii sanitare şi să urmărească problemele demografice din fiecare localitate.

Prin sporirea circumscripţiilor rurale realizată în ultimul timp de Ministerul Sănătăţii, numărul comunelor circumscripţiilor sanitare s'a redus foarte mult. In judeţul Sibiu media comunelor pe circumscripţie este de 5 cu reşedinţă cu tot, având limitele maxime între 2 şi 7 comune. Situaţia nu diferă mult nici în celelalte judeţe cu mici excepţii în unele regiuni cu aşezarea administrativă ingreunată din cauza configuraţiei terenului.

In această situaţie cele mai multe comune pot fi inspectate sptămânal odată şi celelalte de 2 ori pe lună. Dacă inspecţiile se fac la timp fix, cunoştinţa lor de către populaţie se face dela sine şi este mult ajutată dacă se face şi publicitatea necesară.

Modul de întocmire al itinerariului fix de deplasări se poate face în mai multe feluri.

1. Se poate întocmi un itinerariu lunar care apoi se comunică comunelor din circumscripţie şi se aduce la cunoştinţa populaţiei prin publicare.

Este desavantajos că nu poate fi cunoscut exact de populaţie, nu se poate permanentiza din cauza modificărilor lunare şi reclamă o muncă în plus atât medicului, cât şi autorităţilor administrative, care trebue să-l cunoască şi să-l publice.

2. Se poate stabili un itinerariu fix după data calendaristică, de exemplu: în comuna x în fiecare 1 şi 15 a lunei. Acest metod are desavantajul că ziua de inspecţie poate să cadă în zile de Dumineca şi poate coincide cu programul dela reşedinţă, în plus este greu de reţinut de populaţie, poate fi confundat sau uitat de cei interesaţi.

3. Mai recomandabil este a se stabili itinerariul inspecţiilor sanitare în zile fixe ale săptămânei şi în ordinea cronologică din lună la aceeaşi oră.

Pentru comunele cu inspecţii săptămânale, este cel mai simplu şi mai uşor de reţinut. In aceeaşi zi din săptămână de ex : în fiecare Luni la o oră fixată medicul se deplasează în comuna respectivă. Pentru comunele cu două inspecţii lunare la fel se fixează aceeaşi zi din săptămână şi atunci inspecţia se face alternativ de exemplu: în prima şi a treia Miercuri din lună sau într'o Miercure, să deplasează şi în una nu. Acest fel de calculare a zilelor fixate se pretează foarte bine cu mentalitatea populaţiei rurale şi poate fi stabilită fără greş pe o perioadă infinită cu aceeaşi condiţie de a fi respectată din partea medicului.

In judeţul Sibiu acest sistem este pus în aplicare şi rezultatul este foarte bun.

In foarte multe comune acest itinerariu fix de inspecţie este aplicat de ani de zile şi aşa este de încetăţenit încât populaţia îl pretinde ca un lucru obişnuit şi necesar. In comunele cu populaţie mare şi organizare administrativă bună, medicul de circumscripţie face chiar şi 2 inspecţii sanitare pe săptămână, inspecţiile în plus faţă de cele obligatorii, fiind plătite medicului din bugetul comunal. In comunele unde inspecţiile sanitare se fac conform itinerariului, populaţia le cunoaşte şi când ştie că medicul se deplasează în comună, bolnavii care doresc să fie consultaţi la domiciliu să înscrie pe o tăbliţă în cancelaria comunală cu numele şi numărul de casă, iar medicul fără nicio altă invitaţie să deplasează la locuinţă şi face examenul şi tratamentul medical necesar, primind taxa obişnuită a unei consultaţii la domiciliu.

Itinerariul inspecţiilor sanitare ale medicilor de circumscripţie din jud. Sibiu este întocmit aşa după cum se arată în tabloul de mai jos.

Itinerarul fix al deplasărilor medicilor de circumscripție din județul Sibiu

Nr. crt.	Numele și pronumele medicului de circumscripție	Comuna de reședință	Comunele aparținătoare					
1	Dr. Dobrotă Eugen	Poiana	Jina Joi Duminecă	Rod Vineri				
2	Dr. Blaga Romul	Rășinari	Poplaca Miercuri	Prislop Vineri	Trainei Sâmbătă			
3	Dr. Dădârlat Dumitru	Gârbova	Cărpiniș Luni	Reciu Miercuri	Dobârca Vineri			
4	Dr. Albu Nicolae	Ludoș	Gusu Luni	Topârcea Marți	Sângătin Vineri			
5	Dr. Vulcu Petru	Cisnădie	Sadu Marți Joi	Cisnădioara Miercuri	Râul Sadului IV-a Sâmbătă			
6	Dr. Armeanu Virgil	Alămor	Armeni Luni	Bogatul Rom. Miercuri	Păuca Vineri			
7	Dr. Kenst Felix	Slimnic	Șura Mare Luni	Hașag I și III Marți	Ruși Miercuri	Hamba Joi		
8	Dr. Olariu Ioan	Orlat	Săcel Marți	Gurarâului Joi	Cacova I și III Vineri	Mag II-IV Vineri		
9	Dr. Draser Andrei	Miercurea	Apoldul de sus Luni Joi	Apold. de jos Marți	Amnaș Vineri	Cunța II-IV Miercuri		
10	Dr. Pascu Teodor	Fofeldea	Ilimbav I și III Luni	Săsăuș II și IV Luni	Țichindeal Joi	Hosman Sâmbăta		
11	Dr. Lupu Ioan	Ocna-Sibiu	Șura Mică Luni	Rusciori II-III-IV Miercuri	Loamneș II-III-IV Joi	Mândra II-IV Sâmbătă		
12	Dr. Dragomir Nicolae	Săliște	Galeș I-III Marți	Vale II-IV Marți	Aciliu I-III Miercuri	Tilișca II-IV Miercuri	Sibiel Vineri	
13	Dr. Bude Traian	Tălmaciu	Tălmăcel II-IV Luni	Boița Marți	Porcești Miercuri	Sebeșul de jos I-III Miercuri	Veștem I-III Joi	
14	Dr. Pogorelțiu Victor	Sibiu rural	Șelimbăr Luni	Bungard II-IV Miercuri	Turnișor II-IV Joi	Mohu II-IV Vineri	Gușterița I-III Sâmbătă	
15	Dr. Scropan Aurelian	Dostat	Presaca Luni	Boz I-III Marți	Drașov II-IV Marți	Șpring I-III Vineri	Ungurei II-IV Vineri	
16	Dr. Cristea Vasile	Nocrich	Alțina Luni	Benești II-IV Joi	Chirpăr I-III Joi	Marpod II-IV Vineri	Ghijasa de jos I-III Vineri	
17	Dr. Vraciu Oliver	Avrig	Mârșa (uzine) Luni	Săcădate I-IV Miercuri	Glâmboaca I-IV Miercuri	Sebeșul de sus I-IV Joi	Racovița I-IV Joi	Bradu Sâmbătă
18	Dr. Moțoi Vasile	Roșia	Noul II-IV Luni	Vurpăr Miercuri	Daia II-IV Joi	Cașolț II-IV Joi	Cornățel II-IV Sâmbătă	Nucet I-III Sâmbătă

In comunele care dispun de dispensare comunale, consultaţiile medicale se execută la aceste dispensare în timpul fixat prin itinerariu. In celelalte comune consultaţiile se fac la primăria comunală pentru bolnavii transportabili şi la domiciliul pentru ceilalţi.

Avantajul sistematizării Serviciului Sanitar rural este evident, dar totuşi se remarcă câteva avantajii mari.

1. Populaţia cunoscând programul îşi potriveşte lucrurile în aşa fel ca să beneficieze la timpul oportun de asistenţa medicală în condiţiuni compatibile cu posibilităţile sale materiale şi cu urgenţa reclamată.

2. Autorităţile administrative au posibilitatea de a rezolva problemele legate de activitatea medicului ori de câte ori este necesară.

3. Organele de control şi îndrumare au posibilitatea de a controla activitatea medicului şi instituţiilor sanitare din mediul rural în cele mai mici amănunte şi a verifica la faţa locului aplicarea măsurilor de ordin sanitar necesare în fiecare localitate.

4. Descoperirea bolilor contagioase şi sociale se poate face la timp şi combaterea lor se poate aplica dela început.

5. Problemele demografice şi de salubritate publică se pot urmări şi surpaveghea în mod continuu.

Societăţi medicale

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE ANTROPOLOGIE DIN CLUJ–SIBIU

Populaţia Italiei în lumina studiilor rasiale

Conferinţă ţinută la Sibiu de Dr. Guido Landra

Profesorul Guido Landra şi-a început conferinţa, atrăgând atenţia publicului auditor, asupra autonomiei şi originalităţii studiilor italiene despre rasă. Aminteşte astfel, cum prima catedră de Antropologie a întregei Europe a fost aceea înfiinţată de Paolo Mantegazza, la Florenţa, în 1870. Evoluţia politicei rasei s'a bucurat de aceeaşi autonomie şi originalitate. A vorbi deci despre o imitaţie în acest domeniu, este după cum s'a exprimat însuşi Ducele — pur şi simplu absurd.

Conferenţiarul a trecut apoi la examinarea necesităţilor impuse de politica rasei, relevând importanţa unei cât mai adânci comprehensiuni, din partea ştiinţei faţă de aceste necesităţi, aşa încât colaborarea dintre ştiinţă şi politică să se poată efectua într'o armonie cât mai desăvârşită.

Vorbind apoi despre efectul general al probl.mei rasei în Italia, Guido Landra pune în evidenţă faptul, că această problemă nu este numai naturalistă ci şi totalitară, deoarece alături de datele biologice, ea încadrează şi datele spirituale şi culturale, pe care le consideră tot aşa de importante.

In continuare conferenţiarul a arătat cât poate fi de dăunătoare pentru politica rasei, relevarea diferenţelor care există în sânul poporului, pe baza unor caractere tipologice izolate. Din această pricină în Italia se caută ca prin conceptul de rasă să se exalte şi să se potenţeze tot ceea ce poporul posedă mai comun în calităţile sale fizice, spirituale şi morale.

Un alt punct asupra căruia s'a oprit oratorul a fost acela privitor la constanţa şi variabilitatea rasei, sau cu alte cuvinte, întru cât influenţează asupra rasei, factorul eredităţii şi acel al mediului înconjurător. Oratorul a demonstrat cum şi aci s'a ajuns în Italia la un echilibru just. Trasate astfel aceste concepte generale, Guido Landra a trecut la tratarea sintetică a istoriei rasiale în Italia. A arătat cum peninsula a fost locuită încă din era quaternară medie, adică încă de acum 50 000 de ani. Acest fapt a fost cu prisosinţă dovedit prin descoperirea craniilor umane aparţinând omului din Neanderthal găsite la Saccopastaia şi Montecircia. Este vorba de sigur de forme umane dispărute astăzi. Dar încă din era Quaternară superioară, adică după ultima mare glaciere, Italia a fost locuită de oameni identici cu cei din zilele noastre, natural cu oarecare semne de primitivitate, aşa e de ex, cazul omului din Maiella, care se poate considera în totul un mediteranian.

Ajungem astfel la neolitic, epoca în care Italia prezenta actuala ei structură antropologică: mediteraniani în regiunile insulare şi meridionale, alpini în regiunea Alpilor, dinarici sau adriatici în partea septentrională-orientală, nordici distribuiţi variat dar mai cu deosebire în partea septentrională şi în sfârşit aquilini (după terminologia lui Fischer) în partea centrală.

Conferenţiarul a examinat apoi chestiunea raporturilor dintre poporul italian şi arieni. A arătat cum Italia este linguistico-cultural ariană din epoca metalelor. Din punct de vedere strict antropologic, orice discuţie asupra acestui argument este inutilă, dat fiind că astăzi a intrat uzul comun indicarea ca ariene a tuturor raselor care constituesc fundamentul etnic original al Europei, şi prin urmare rasa nordică, felică, dinarică, alpină, baltică şi mediteraniană cu sub-rasele lor. Nu sunt în schimb ariene nu numai rasele grupurilor mongolic şi negroid, ci şi rasele provenite din Orientul apropiat ca rasa „orienthalide", „assiriche" (ebraica), „armenide".

Guido Landra a examinat apoi distribuirea geografică a popoarelor antice a Italiei scoţând în relief faptul că toate trebue să fie considerate ariene în sens antropologic dat fiind că influenţele semitice s'au adeverit neînsemnate. In special conferenţiarul atrage atenţia asupra importanţei Etruscilor, care aparţin rasei aquilee indigene a Italiei, şi nu unor rase provenite din Asia Mică, aşa cum au susţinut unele teorii astăzi depăşite.

S'a trecut după aceea la observarea istoriei năvălirilor medievale arătându-se cum acestea n'au alterat structura antropologică a Italiei, din cauza insuficienţei numerice şi a afinităţii rasiale. — Singura năvălire mai importantă din punct de vedere cantitativ a fost cea longobardă, dar aceştia fiind de rasă nordică asemenea populaţiilor celtice din Italia septentrională s'au fuzionat repede cu populaţia băştinaşe, în foarte puţine generaţii. Popoarele neariene ca Hunii şi Arabii, care au trecut prin Italia nu au lăsat nicio influenţă în sectorul rasial.

Guido Landra a izbutit astfel să înfăţişeze cu o elocvenţă expresivă continuitatea tipului etnic italian de-a-lungul secolelor şi mileniilor — continuare care — poate să releve cu uşurinţă nu numai din documentele antropologice ci şi din nemuritoarele opere de artă, care trimet peste secole admirabilele figuri de bărbaţi şi femei a Italiei, care astăzi mai constituesc o realitate vie.

Ajuns aci conferenţiarul a schiţat planul distribuţiei caracterelor antropologice în Italia actuală — a arătat cum brachicefa-

Intestinol

Pancreas. Duoden. Săruri biliare. Carbo. anim.

Turburări digestive. Flatulență. Insuficiență pancreatică.

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte sau în timpul meselor.

Codex S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București.

Ovarium Panhormon „Henning"

Hormon folicular + Extract total

în fiole și drageuri de
1000, 10.000 și 50.000 ME

Preparat de hormon ovarian obținut pe cale naturală. Conține în afară de hormonul folicular toate substanțele active ale ovarului, importante ca componente catalizatoare și activante precum și ca factori simulanți ai metabolismului.

Codex S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București.

În enterite acute,

colită muco-membranoasă, prescrieți

MAGNOCARBON

TABLETE

Magnozon
Cărbune medicinal
Extract de Belladonna

Laxativ ușor, antiseptic și antispasmodic

Neplăcerile verii:

diareea, intoxicațiunile alimentare, disenteria, enteritele acute,

le combateți cu succes prin

TANNOCARBON

TABLETE

Antiseptic, astringent.

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

subcutan **intravenos** **intramuscular**

Fiole de 2 și 5 cc. conținând 4 respectiv 10 mgr. iod

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE GEDEON RICHTER S. A. BUCUREȘTI V.

Strada Logofătul Tăut Nr. 99.

lismul scade în Italia pe măsură ce se coboară dela Nord spre Sud, cum formele faciale variază după diferitele regiuni, cum pigmentarea este mai neagră în insule şi în sud decât în celelalte zone; în sfârşit a arătat cum statura atinge maximum de înălţime în provincia Veneto şi minimum în Sardinia. Referitor la aceasta Guido Landra a făcut observaţia că statura este astăzi în creştere în Italia, datorită îmbunătăţirii adusă de Fascism condiţiilor de vieaţă. A arătat apoi cum proporţiile corporale ale tipului italian, se apropie de canoanele divine ale artei clasice şi cât de departe sunt de a-şi forma o idee exactă despre adevăratul tip italian, anumite elemente folkloristice şi pitoreşti, ce plăceau aşa de mult străinilor, atunci când Italia era slabă şi inactivă.

In legătură cu diferenţele regionale Guido Landra a demonstrat că ele nu se datoresc întotdeauna influenţelor streine ci şi unui proces de diferenţiere ce se petrece în sânul rasei însăşi, conform teoriei „ologenetice" a lui Danielo Rosa. Un exemplu pentru această transformare îl constitue brachicefalismul către care a mers populaţia Italiei timp de secole.

Oratorul socoteşte oportun să se considere de acum înainte populaţia Italiei ca o rasă secundară în sensul lui Fischer, deci ca un rezultat al fuzionării şi selecţionării elementelor rasiale asimilare şi primare. Care din aceste elemente rasiale primare a avut cea mai mare importanţă în istoria civilizaţiei italiene şi care a contribuit cu cele mai puternice influenţe la formarea tipului actual italian?

Guido Landra respinge atât teza nordică a lui Woltmann, cât şi teza mediteraniană a lui Sergi şi domonstrează că rasa primară tipică italiană a fost cea aquilină, căreia ia aparţinut Etruşcii şi care a avut ca exponent tipic, figura divinului poet Dante Alighieri.

Conferenţiarul a trecut de aci la critica antropologiei descriptive arătând că pentru caracterizarea raselor nu e nevoie de prea multe măsurători şi indicii luate empiric şi de câteva caractere psihice şi fizice din care să reiese demonstrată experimental ereditatea.

Guido Landra rezumă aci într'o sinteză scurtă psihologia italienilor, atrăgând în special atenţia asupra spiritului războinic al romanilor, care a fost moştenit dela italieni. Pentru italieni războiul e sinonim cu cucerirea de pământ, fiind vorba de un popor de agricultori, şi de soldaţi dotaţi de spirit practic şi echilibrat. Aminteşte cu Alfieri, cum creşte în Italia „planta om" din ce în ce mai solidă, şi cu Cioberti, cum cea mai caracteristică psihică a italienilor este voinţa aprigă moştenită dela romani.

Conferinţa profesorului Landra îşi fixează concluziile. Oratorul arată adevăratele frontiere rasiale ale Italiei. O rasă spune el este ca un corp uman. Frontierele politice pot să facă răni în acest corp, dacă sunt fixate fără să se ţină seamă de realitatea Naturii, dar dacă rasa e puternică şi pură aceste răni nu pot despărţi pentru vecie părţile deslipite artificial. Rasismul este deci o mişcare dinamică de o valoare eternă. După cum un grăunte de cristal atrage moleculele în soluţie, părţile despicate trebue să se realipească iarăşi în chip fatal la patria mumă.

Guido Landra a demonstrat astfel cu uşurinţă italienitatea rasială a Corsicanilor, Nisanilor, Tunizilor şi a Maltezilor. Aminteşte originea geologică a Corsicei şi populaţia ei preistorică de pe coasta ligură şi toscană arată cum strămoşii corsicanilor aparţin tipului mediteranian ca şi cei a Sarzilor. In sfârşit arată că între corsicani şi francezi există o foarte mare deosebire din punct de vedere al calităţilor spirituale şi prin antropologie a omului Adriatic, care ocupă coastele mării italiene prin excelenţă încă din epoca preistorică. Veneţia nu este numai centrul cultural ci şi centrul rasial al acestei ample regiuni Oratorul a descris varietăţile Omului Adriatic, aptitudinile sale pentru arme, pentru afaceri şi pentru muzică cum dovedesc nemuritoarele figuri: Paganini, Tartini, Cherubini, Verdi, care aparţineau tocmai acestei interesante varietăţi a rasei italiene. Guido Landra a demonstrat cum şi vechii Veneţieni aparţineau acestui tip rasial, căruia îi aparţin astăzi printre altele, Dalmaţii, Muntenegrenii, Albanezii. Este vorba de vechiul fond epiro-iliro-dalmat legat în trecut de romanii, care timp de secole a ştiut să reziste presiunii demografice şi culturale a Slavilor.

Guido Landra şi-a încheiat conferinţa afirmând că războiul liberator e pe cale de a da în sfârşit Italiei adevăratele ei frontiere rasiale. Politica Fascistă, care se bazează pe adevăruri ştiinţifice irefutabile îngădue deci Italiei să se apropie din ce în ce mai mult de poporul frate daco-roman cu care se uneşte prin atâtea legături biologice şi spirituale.

Conferenţiar *Dr. C. Velluda*

Şedinţa din 11 Iunie 1941.

D-l Guido Landra a ţinut o conferinţă cu titlul:

Fondamenti della paleoantropologia e della paleoethnologia italiana.

Revista cărţilor

20 de ani de activitate românească în Clinica Medicală I. din Cluj. (1919—1941). Tipografia „Cartea Românească din Cluj" Sibiu, 1941. Un volum de 314 pagini

Sub acest titlu a apărut la Sibiu un volum, arătând activitatea şi realizările Clinicii Medicale I. din Cluj de sub conducerea Domnului Prof. Dr. I. Haţieganu. Prefaţa volumului ne indică mai precis ţinta şi străduinţele lui. Iată această prefaţă:

„Cu prilejul împlinirii a două decenii de activitate românească în Clinica Medicală I. din Cluj, elevii şi colaboratorii profesorului Haţieganu luaseră iniţiativa publicării unui volum omagial dedicat maestrului, în care urmau să fie reunite, pe lângă un istoric al Clinicii, numeroase articole ştiinţifice inedite.

Volumul trebuia să fie predat în cadrul unei festivităţi organizate la Cluj, la care promiseseră să participe, cu însufleţire, toţi foştii elevi ai Clinicii. O mare parte a materialului era deja adunat când au intervenit evenimentele ce ne-au silit să părăsim instituţia în care am muncit douăzeci de ani.

Organizarea unei serbări jubilare în refugiu nu-şi mai avea rostul, iar pentru imprimarea unui volum omagial de proporţiile celui proiectat nu mai aveam fonduri.

Pentru ca multilaterala şi rodnica activitate pe care profesorul Haţieganu şi şcoala medicală creiată de el au desfăşurat-o la Cluj, — contribuind prin ea nu numai la progresul medicinei româneşti şi al ştiinţei, ci şi la îmbunătăţirea condiţiilor de vieaţă ale ţărănimii de pe plaiurile ardelene — să poată fi cunoscută şi apreciată după justa ei valoare, am hotărât s'o rezumăm cât mai obiectiv în volumul de faţă.

Publicaţia se adresează în primul rând celor peste 150 de colegii, care fac parte din „marea familie" a Clinicii noastre şi care prin munca lor devotată au contribuit la înflorirea ei. Nota

de intimitate ce se întâlneşte în unele capitole îşi are astfel explicaţia sa.

Colaboratorii din primii ani de organizare, plecaţi de mult din Clinică, se vor putea convinge, că urmaşii lor au continuat munca începută de ei în acelaşi spirit de camaradărească întrecere şi de consimţită subordonare a intereselor particulare, scopului mai înalt al instituţiei; spirit pe care profesorul Haţieganu a ştiut să ni-l insufle tuturor dintru început şi să-l menţină prin exemplul pe care ni l-a dat zi de zi.

Nu ne îndoim însă, că această carte va putea fi citită cu interes de orice medic român, căci ea nu reoglindeşte numai activitatea unui serviciu spitalicesc de boli interne ci şi o nouă şi originală concepţie despre rolul unei clinici medicale universitare, graţie căreia Clinica noastră a izbutit să fie mai mult decât un centru diagnostic sau terapeutic şi să se integreze cu adevărat în vieaţa naţiunii".

Se expune în acest volum activitatea multilaterală a Clinicei Medicale I. din Cluj, desfăşurată în următoarele direcţiunii:

I. *Activitatea Clinicei dela 1919—1940.*

Iată problemele principale expuse aci: 30 de ani în serviciul Clinicei şi al neamului. Învăţământul Semiologiei Medicale, organizarea şi funcţionarea Clinicei Medicale I. din Cluj. Învăţământul teoretic şi practic, învăţământul tuberculozei, învăţământul bolilor contagioase în Clinica Medicală I din Cluj. Laboratoarele Clinicei: de analize, de radiologie, de fizioterapie, gastroscopie, rectoscopie, coprologie, electro-cardiografie. Bucătăria dietetică. Serviciul de consultaţii gratuite, consultaţii medico-sportive. Activitatea ştiinţifică a Clinicii şi activitatea ei în cadrele Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj.

II. *Activitatea în Universitate în afară de Clinică.*

III. *Activitatea în afară de Universitate şi de Clinică.*

IV. *Biografia profesorului Dr. I. Haţieganu.*

V. *Lista personalului ştiinţific şi elevii Clinicii Medicale I. între anii 1919—1940.*

Volumul arată posibilităţile de creaţie ale geniului românesc şi prodigioasa şi multilaterala activitate a unei Instituţii Universitare româneşti, condusă de un mare suflet românesc, un mare om de ştiinţă şi un mare organizator. Ne dăm seama că o activitate aşa de rodnică a fost posibilă numai graţie unei armonioase colaborări dintre maestru şi elevi pe toate terenurile de activitate şi graţie exemplului şi îndemnului dat de maestru.

De sigur, că şi celelalte Instituţii Universitare au desvoltat o activitate analoagă în cetatea Clujului şi ar fi de dorit ca această activitate să fie adunată şi prezentată publicului pentru ca să se ştie ce am produs în cei 20 de ani de activitate românească la Cluj, şi pentru a susţine şi în felul acesta în faţa lumii întregi drepturile noastre eterne asupra acestor regiuni.

Clinica terapeutică medicală de Prof. *Dr. D. Dumitrescu-Munte.* Bucureşti 1941. Editura autorului, str. Brezoianu 52. Un volum de 612 pagini.

Literatura medicală românească este încă foarte săracă în tratate medicale, mai ales didactice. Ea s'a îmbogăţit recent, în domeniul clinicei terapeutice cu valoroasa lucrare a d-lui Prof. Dumitrescu-Munte, din domeniul clinicei terapeutice.

Acest prim volum al clinicei terapeutice medicale începe prin a da mai întâi câteva noţiuni generale despre arta de a formula o prescripţiune medicală: ordonanţă sau reţetă medicală, regimul alimentar şi alte câteva prescripţiuni complimentare (igienice, fizioterapice, etc).

Se expun apoi următoarele capitole de patologie medicală din domeniul pulmonar: tracheo-bronşita acută, tracheo-bronşita cronică, dilataţia bronşică, astmul bronşic, congestia pulmonară, pneumonia lobară, abcesul pulmonar, tuberculoza pulmonară, pleurezia sero-fibrinoasă.

Din domeniul patologiei cardiace şi renale se tratează asistolia, nefrita cronică azotemică, nefrita hidropigenă.

Fiecare din aceste capitole sunt tratate foarte detailat dându-se mai întâi câteva date despre etiologie, patogenie, anatomie patologică, simptomatologie, forme clinice, complicaţiuni, diagnostic, pentru ca apoi să se insiste foarte amănunţit asupra terapeuticei de urmat în toate cazurile după ultimele date a cunoştinţelor medicale în aceste probleme. Partea clinică pulmonară este ilustrată cu foarte multe şi frumoase radiografii.

Ultimele capitole sunt consacrate celor mai moderne probleme de terapeutică: sulfamidoterapia şi vitaminoterapia.

In capitolul sulfamidoterapiei după ce se face un scurt istoric al acestui subiect se expun sulfamidele principale utilizate în terapeutică, precum şi constituţia lor chimică, sulfamidele colorate, azoice (prontosil, rubiazol), sulfamidele albe, ne-azoice (septoplix, neo-coccyl, prontalbin, deseptil, septazina, dagenan, eubasin, uliron, albucid, ambesid etc.). Se dă apoi posologia acestor substanţe şi indicaţiunile lor terapeutice: streptococii, meningogocii, gonococii, pneumococii, stafilococii etc. Se vorbeşte despre modul lor de acţiune, accidentele şi contra indicaţiunile sulfamidelor.

Vitaminele încă sunt tratate în mod complet: *vitamina A, vitamina B_1, grupul vitaminei B_2:* vitamina B_2 propriu zisă (lactoflavina, riboflavina sau factorul de creştere), vitamina antipelagroasă (acidul nicotinic, factorul PP.), vitamina B_6, factorul antianemic, vitamina M, *vitamina C, vitamina D,* vitamina P, vitamina K.

La fiecare vitamină se dă constituţia chimică, alimentele în care se găseşte, simptomatologia clinică produsă de carenţa vitaminei, se insistă în special asupra indicaţiunilor terapeutice, posologiei şi a modului de aplicare în terapie.

Această carte aduce un mare serviciu medicinii româneşti, care este săracă în astfel de tratate. Ea este de un real folos pentru orice medic practician, acesta găsind în ea toate problemele ce se întâlnesc în vieaţa medicală de toate zilele referitor la bolile tratate. Pentru medicii, care dau concursuri pentru studenţii în medicină lucrarea de faţă este de o incontestabilă utilitate, fiindcă problemele discutate sunt expuse în mod didactic şi cu o claritate deosebită.

Conf. Dr. I. Gavrilă

Imaginea stratigrafică a plămânului, arborelui tracheo-bronşial şi a laringelui. (Das Schichtbild der Lunge, des Tracheobronchialbaumes und des Kehlkopfes) de *Kurt Greineder,* 1941, Georg Thieme, Leipzig.

Explorarea radiologică a toracelui prin metoda stratigrafică a devenit, în ultimii ani, un procedeu de care clinica aparatului respirator nu se mai poate lipsi. In volumul de 246 pagini, ilustrat cu 509 clişee de-o impecabilă execuţie tehnică, Greineder, unul dintre pionerii aplicării stratigrafiei în practică, ne dă cea dintâi monografie completă a ei, care prin claritatea expunerii, bogăţia documentaţiei şi competinţa autorului, va deveni, fără îndoială, una dintre cărţile de căpătâi ale radiologilor şi ftiziologilor de azi.

Partea întâi a volumului este rezervată istoricului şi tehnicei metodei stratigrafice, recunoscându-i-se, pe de-a-ntregul meritul francezului Bocage, de a fi imaginat pentru întâia dată un procedeu cu ajutorul căruia să se poată reproduce pe clişeul radiografic numai imaginea unui plan subţire, ales după plac, din grosimea organului examinat.

Punerea în practică a ideilor lui Bocage a fost încercată, cu mai mult sau mai puţin succes, de către Ziedses de Plantes şi Bartelink în Olanda, de către Vallebona în Italia, dar o soluţie satisfăcătoare a fost găsită abia prin construirea „tomografului" lui Grossmann şi „Planigrafului" lui Siemens, aparate care azi se fabrică în serie şi corespund tuturor cerinţelor, adecă reproduc, cu destulă claritate, imaginea unui strat de grosime variabilă după plac, şi lucrează cu un timp de expunere destul de scurt pentru ca

să poată fi explorate şi organe în mişcare, cum este spre exemplu plămânul.

Partea clinică a cărţii ne descrie întâi, într'un amplu capitol, imaginile tomografice normale ale toracelui. Această analiză detaliată, a imaginilor foarte complexe, pe care le dau, pe tomografii, elementele anatomice normale ale plămânului, este absolut necesară pentru a putea interpreta modificările patologice. Metoda stratigrafică echivalează cu un fel de disecţie radiologică pe viu şi ne permite să studiem dispoziţia vaselor pulmonare, care dau pe clişeul radiologic „desenul pulmonar", raporturile lor cu arborele bronşial, calibrul şi conturul bronşiilor, structura hilului, conformaţia tracheei, etc. Explorarea stratigrafică a plămânului normal a arătat că, în dispoziţia vaselor şi bronşiilor există o anumită regularitate ce poate fi utilizată în scop diagnostic, după cum există şi anumite abateri individuale ce nu trebuesc considerate ca alteraţiuni patologice.

Capitolele în care este tratată patologia pulmonară se ocupă, pe rând, cu dilataţiile bronşice, pentru diagnosticarea cărora stratigrafia se pretează admirabil, făcând adeseori inutilă explorarea cu Lipiodol, cu chistele aeriene pulmonare a căror studiere precisă se poate de asemenea face numai pe secţiuni tomografice, cu inflamaţiile pulmonare nespecifice, abcesele pulmonare şi diferenţiarea lor faţă de empiemele închistate, cu corpii străini intrabronşici şi intrapulmonari, în privinţa cărora stratigrafia ne aduce cele mai mari servicii, devenind astfel o metodă adjuvantă de mare utilitate pentru chirurgia de război.

In mod deosebit de amănunţit este tratat capitolul tumorilor pulmonare. Diagnosticul atât de dificil al cancerului pulmonar, în faza sa incipientă, este considerabil facilitat prin stratigrafie. Cu ajutorul analizei stratigrafice se poate diferenţia umbra tumorală propriuzisă, datorită infiltraţiei carcinomatoase, de opacefierile secundare difuze produse de atelectazia sau inflamaţia peritumorală. Se mai poate apoi pune în evidenţă raportul umbrei tumorale cu bronşiile mari — dela care pleacă de obiceiu cancerul — şi modificările structurei şi lumenului acestora care adeseori duc la veritabile stenoze bronşice. Toate aceste alteraţiuni sunt simptome relativ precoce, care pe clişeele normale nu se văd şi care sunt de cea mai mare însemnătate pentru stabilirea diagnosticului. Tumorile centrale pot fi puse mult mai uşor în evidenţă, în faza lor incipientă, cu ajutorul tomografiei, de asemenea şi metastazele pulmonare şi ganglionare ale cancerului.

In ce priveşte tuberculoza pulmonară metoda tomografică permite o diferenţiere mult mai exactă a diferitelor forme anatomoclinice a ei, din structura umbrelor putându-se trage concluzii în privinţa caracterului exudativ, fibros sau calcaros a leziunilor. Intinderea procesului, localizarea exactă a lui precum şi tendinţa la progresiune sau regresiune pot fi mai just apreciate pe clişeele tomografice, de asemenea alteraţiunile secundare ale bronşiilor, pleurei, scizurilor sau tracheei. Un rol covârşitor are stratigrafia în descoperirea precoce a focarelor de ramolisment, în diagnosticarea cavernelor mascate, a pneumotoracelor spontane parţiale, a fistulelor bronchopleurale. Indicaţiile diverselor metode de colapsoterapie medicală sau chirurgicală pot fi mult mai exact precizate prin tomografie şi rezultatele pe care le dau aceste metode mai just apreciate.

Ultimele două capitole sunt rezervate explorării stratigrafice a tracheei, care poate da rezultate foarte interesante în stenozele tracheale, şi ale laringelui, la nivelul căruia stratigrafia poate pune în evidenţă alteraţiuni patologice. Din experienţa de până acum a autorului rezultă că metoda ne poate aduce servicii în diagnosticul paraliziei recurenţiale şi mai ales a cancerului laringean, pe câtă vreme în laringita tuberculoasă ea nu aduce o contribuţie prea importantă.

Conf. L. Daniello

Anatomie şi fiziologie. (Anatomie und Physiologie) de *Dr. Med. J. Bücker.* Hamburg-Eppendorf. Editura Georg Thieme, Leipzig, 1939. Un volum cu 134 pagini.

Aceasta este o carte de anatomie şi fiziologie, care se adresează mai mult personalului medical ajutător, precum şi studenţilor în medicină.

Conţinutul cărţii este următorul: In prima parte generală se tratează despre constituţia celulară a organismului, despre ţesutul epitelial, ţesutul conjuctiv, ţesutul muscular, ţesutul nervos; despre aparatul de locomoţiune pasiv; oase, articulaţii, ligamente.

In partea specială se tratează despre osteologie, care este expusă complet, atât oasele craniului, cât şi ale corpului şi ale extremităţilor. Tot aci se expune miologia, tratându-se întreagă musculatura organismului. Mai departe să insistă asupra elementelor constitutive ale sângelui din punct de vedere morfologic şi chimic. Se expune apoi fiziologia aparatului cardio-vascular, precum şi anatomia lui. In partea ultimă a cărţii sunt tratate organele viscerale: aparatul respirator, aparatul digestiv cu marele glande abdominale (ficat, splină, pancreas), aparatul renal, aparatul genital, aparatul nervos central şi periferic; precum şi organele simţurilor: ochiul, urechea, pielea.

Cartea este ilustrată cu 91 de fotografii excelente, astfel că se citeşte şi se înţelege cu o uşurinţă deosebită, ea este de un nepreţuit folos, în special pentru personalul medical auxiliar: surori de ocrotire, surori de caritate, infirmiere, agenţi sanitari, asistenţi tehnici din laboratoare de radiologie, laboranţi, moaşe, însă poate fi de un folos deosebit şi pentru studenţii în medicină.

Tulburările în coagulabilitatea sângelui la copii, cu considerarea specială asupra vitaminei K şi asupra patologiei noului născut. (Die Störungen der Blutgerinnung beim Kinde mit bersonderer Berücksichtigung des K—Vitamins und der Neugeborenenpathologie) de *prof. Dr. G. Fanconi.* Directorul Clinicei Infantile din Zürich. Un volum de 160 de pagini. Editura Georg Thieme, Leipzig, 1941.

Această carte se ocupă cu o problemă foarte importantă de patologie infantilă şi în general de patologie generală. In carte se tratează despre următoarele capitole:

După câteva noţiuni despre fiziologia coagulării sângelui se dau metodele de examinare în direcţia coagulării sângelui. Se tratează apoi factorii cu rol hotărâtor în tulburările de coagubilitate sangină: lipsa de fibrinogen, lipsa de calciu, lipsa de trombochinază, supraproducţia de heparină (antitrombină), lipsa de vitamina K (ipotrombinemie). Se discută apoi bolile, caracterizate prin o ipotrombinemie, respective o avitaminoză K.: Sprue, Zöliakie, bolile hepatice, sindromele hemoragice ale nouilor născuţi melemă, hematemeză, hemoragii ale ombilicului, Kephalohämatom, hemoragii cutanate şi subcutunate, hemoragii pulmonare, hemoragii intracraniene.

Capitolele sunt ilustrate cu foarte multe observaţiuni din patologia noului născut. Se tratează apoi despre tratamentul acestor sindrome dela descoperirea vitaminei K. Intr'un alt capitol se vorbeşte despre relaţiunile între icter şi tulburările de coagulare la noul născut, precum şi alte capitole din patologia noului născut în legătură cu aceste tulburări în coagularea sângelui. La sfârşit se dă o bibliografie bogată despre acest subiect.

Această carte interesează în primul rând pe medicii pediatri, dar ea interesează şi pe orice medic practician, întru cât ea cuprinde pe lângă problemele teoretice, ştiinţifice şi o serie de chestiuni cu caracter practiv imediat şi de un însemnat folos.

Bazele electroterapiei practice. (Grundzüge der praktischen Elektrotherapie) de *Dr. E. Mayer.* Editura Georg Thieme, Leipzig, 1939.

Conţinutul acestei lucrări de 100 pagini este următorul: După o scurtă introducere se tratează despre bazele electrofizicale, apara-

tura electroterapeutică, acţiunea curentului asupra corpului (acţiune fizică, fiziologică, modificările excitabilităţii în condiţiuni patologice, tulburările produse de curent). Se expune apoi tratamentul prin curent alternativ de mică frecvenţă şi continuu: principiile generale de bază ale tratamentului, tratamentul special şi local, tratamentul general, băi hidroelectrice. In alt capitol se vorbeşte de tratamentul prin curent de înaltă frecvenţă: principiile de bază fizice, aparatura, aplicarea terapeutică, diatermia şi undele scurte. In ultimul capitol se vorbeşte despre acţiunea distrugătoare a curentului asupra ţesuturilor şi aplicarea ei terapeutică.

Alimentaţia şi sportul. (Ernährung und Leistungssport) de *Dr. Med. Habil Heinrich Wiebel.* Un volum de 74 pagini editura Georg Thieme, Leipzig, 1941.

In această lucrare de 74 de pagini se tratează despre următoarele: In alimentaţia sportivilor sunt foarte importanţi nu numai principii alimentari energetici şi calorici propriu zis ci şi următorii factori: substanţe minerale, clorura de sodiu, alcalinizarea, administrarea de fosfaţi, vitaminele, metabolismul apei şi administrarea apei. Se discută apoi rolul alimentaţiei vegetariene la sportivi. Regimul alimentar al sportivilor în antichitate. Se tratează apoi despre principii alimentari esenţiali la sportivi: albumine, grăsimi, hidraţi de carbon. Se discută apoi despre nevoile calorice, despre consumarea de alcool şi cafeină şi despre alcătuirea regimului la sportivi. La sfârşit se dă o bibliografie bogată.

Conf. Dr. I. Gavrilă

Revista revistelor

INTERNE

Tratamentul medical al ipertiroidismelor şi a boalei lui Basedow. (Die internistische Behandlung der Hyperthyreosen und des Morbus Basedow) de *Prof. Dr. Hermann Bernhardt.* Med. Welt 1941, Nr. 19, pag. 473.

In starea de astăzi al lucrurilor tratamentul operator (tiroidectomie subtotală) este metoda de tratament de ales şi cu mai bun rezultat al ipertiroidismelor şi a boalei lui Basedow. Dacă după un tratament medical de 2—3 luni nu se constată o ameliorare vine în discuţie operaţia. Metodele de tratament medical sunt: tratament medicamentos, radioterapie, electroterapie, hidroterapie, serum-terapie, hemoterapie după Bier, climatoterapie, tratamentul infecţiilor de focar, terapie endocrină, vitaminoterapie, terapie dietetică, psihoterapie.

In cazurile uşoare tratamentul este medicamentos şi el va fi continuat timp suficient.

In cazurile de gravitate mijlocie se va aplica repaus, hemoterapie după Bier (solvitren), iodoterapie. In două cazuri iodul astăzi este indispensabil în tratamentul ipertiroidismelor: preparaţie pentru operaţie şi în coma basedowiană. Mai departe în ipertiroidismele mijlocii se dă tironorman, preparate de fluor, vitaminoterapie, etc.

In cazurile grave de Basedow trei metode de tratament se pot aplica: intervenţia chirurgicală, radioterapia şi iodoterapia. Arma cea mai puternică a terapiei interne este combinaţia între iod şi radioterapie.

O metodă simplă şi practică de explorare a funcţiunei ureo-secretoare a rinichiului: raportul ureic, hemato-urinar al lui Cottet. (Une méthode simple et pratique d'exploration de la fonction ureo-secreitoire du rein: le raport ureique hemato-urinaire de Cottet) de *Robert Junet* şi *Gilbert Mayrat.* Schw. med. Wschr. 1941, Nr. 22 pag. 690—95.

Raportul ureic hemato-urinar al lui Cottet permite a aprecia valoarea funcţiunei ureo-secretoare la un bolnav dat. El exprimă prin o cifră raportul între cantitatea urei sangvine stabilită dimineaţa pe nemâncate, (exprimat în centigrame) şi cantitatea ureiurinare (exprimată în grame), eliminată în cele 24 de ore, care preced priza de sânge. Rezultă din studiul a 31 de observaţiuni a acestei lucrări, că R. U. poate fi considerat ca normal când el este exprimat prin o cifră, care nu depăşeşte 2,2. Valorile între 2,2 şi 4 indică o anumită alteraţiune a funcţiunei renale fără a permite de a se preciza dacă este vorba de alteraţiuni curabile sau definitive. O cifră deasupra lui 4 indică cu quasi certitudine e leziune renală gravă. Aceste cifre nu sunt valabile decât dacă diureza în 24 de ore este aproximativ 1500 cmc. Este evident, că în cazuri de oligurie şi poliurie aceste cifre sunt modificate.

Despre terapia hipertireozelor cu magneziumglutaminat. (Zur Therapie der Hyperthreosen mit Magnesiumglutaminat) de *Dr. H. Pahl.* W. Klin. Wochenschrift, 1941. Nr. 20, pag. 433 —34.

Autorul a utilizat preparatul Magnezium-Glutaminat sub formă de injecţiuni în tratamentul ipertiroidismelor şi ajunge la concluzia, că acest tratament nu dă rezultate bune, aşa cum a fost indicat de către Hueber.

Asupra Ipotrombinemiei, predispoziţiei la hemoragii şi a hemoptiziilor în tuberculoza pulmonară şi influenţarea lor prin Vitamina K. (Ueber Hypoprothrombinämie, Blutungsbereitschaft und Hämoptoe bei Lungentuberkulose und ihre Beeinflussung durch Vitamine K) de *Dr. Georg Bauer.* Dtsch. med. Wschr, 1941. Nr. 22, pag. 594—98.

Autorul face cercetări în direcţia titlului acestui articol, determinând protrombina după metoda lui Quick-Caroli. S'a cercetat concentraţia sângelui în protrombină în cazuri de tuberculoză pulmonară activă, gravă Din aceste cazuri unele nu arată o scădere a protrombinei, scăderile de protrombină sunt ameliorate prin administrare de vitamină K. Nu există paralelism între tuberculoza pulmonară şi scăderea protrombinei în sânge. Dintre 30 de bolnavi examinaţi cu predispoziţie netă la hemoptizii la 8 s'a constatat o scădere evidentă a protrombinei. Concentraţia protrombinei în aceste cazuri a fost mărită prin administrare de vitamină K. In 2 cazuri cu diaree deja de săptămâni (amiloidoză, tuberculoză intestinală) s'a constatat o scădere foarte mare a concentraţiunei în protrombină. Cauza aci sunt tulburările în rezorpţia intestinală şi în locurile unde se formează protrombina. Faptul că scăderile de protrombină se prezintă fără niciun criteriu la bolnavii examinaţi, face să presupunem, că ele sunt datorite unori alteraţiuni organice de natură toxică. S'au examinat 10 bolnavi în timpul hemoptiziilor, dintre care la 5 s'a constatat o scădere a protrombinei.

Infarctul coronarian şi tratamentul său. (Der Koronarinfarkt und seine Behandlung) de *Dr. Magda Braun—Stappenbeck.* Fortschr. der Med. Nr. 10—11, 1941, pag. 129.

In tratamentul acestei afecţiuni mai întâi va trebui să înlăturăm simptomele predominante; durerea şi insuficienţa cardiacă.

In acelaş timp este indispensabil de a reduce la minimum necesităţile în oxigen ale musculaturii cardiace prin un repaus absolut. Ca medicamente se dă strofantin, eventual cu adaus de eufilină. Dacă liniştea nu se instalează, se poate injecta 0.01 pantopon sau eucodal, sau papaverină. După trecerea infarctului tratamentul general este important: repaus fizic şi psihic, 3—4 săptămâni cel puţin repaus la pat. Pentru tratamentul de durata diferite preparate: derifilin, novofilin, teominal, preparate cu chinidină. Regimul în primele zile este hidric, se poate da luisym şi combisym. vitamine. Repaus la pat până când au dispărut toate semnele de insuficienţă cardiacă.

Dr. I. Gavrilă

Tratamentul Pelagrei cu acid nicotinic. (Bull. dela Société de Psychiatrie de Buc). de *P. Tomescu, Cosmulescu, Daniel*, Anul IV—V Tom. IV 1939/40.

Se reamintesc rezultatele bune oţinute în tratamentul pelagrei cu acid nicotinic, de către Spies şi colaboratorii săi, care administrează în astfel de cazuri câte 500—1000 mgr. acid nicotinic la zi, observând cele mai bune rezultate în cazurile unde administrează medicamentul per os în doze fracţionate de câte 50 mgr. concomitent cu administrarea parenterală în injecţii i. m. de câte 10—15 mgr. Ei au observat ameliorări rapide în 24—48 ore dela începutul tratamentului, mai ales a suferinţelor tubului digestiv şi a celor psichice.

Autorii întrebuinţează acidul nicotinic la 26 bolnavi de pelagră, cărora le administrează şi un regim alimentar antipelagros. Incercarea nu o fac cu scopul de a dovedi sau nu dacă acidul nicotinic este vitamina antipelagroasă, ci pentru a se putea convinge întru cât această metodă terapeutică este sau nu un progres în tratamentul pelagrei. Administrează câte 500—750 mgr., acid nicotinic la zi din care $^2/_3$ per os, iar $^1/_3$ în injecţii intramusculare în soluţie de 1%. Accidente de intoleranţă nu au observat Durata tratamentului variază între 10—62 zile, media considerându-se la 20—30 zile. Concluziile la care ajung sunt încurajatoare, acest mod de tratament putând fi considerat ca un progres remarcabil. Prezintă şi avantajul că acidul nicotinic este relativ ieftin.

Incercări de tratament ale alcoolismului acut şi cronic cu acid nicotinic. (Bull. dela Société de Psychiatrie de Buc.) de *P. Tomescu, Cosmulescu, Daniel.* Anul IV—V Tom. IV. 1939/40.

Ideea de a se încerca un tratament a turburărilor somatice şi psihice ale alcoolismului cu acid nicotinic, îşi are originea între similitudinea de simptome dintre alcoolism şi pelagra. Incercând pe mai multe cazuri această metodă terapeutică, autorii ajung la următoarele concluzii:

1. Se obţine o vindecare rapidă, ameliorarea observându-se după primele zile de tratament, iar vindecarea după o săptămână de tratament.

2. Tratamentul le dă bolnavilor o stare specială de euforie, care nu poate fi obţinută cu stricnină, vechiul mijloc terapeutic.

3. Tratamentul poate fi aplicat şi ipertensivilor, acolo unde stricnina trebue manevrată cu prudenţă; acidul nicotinic putând chiar să scadă tensiunea arterială.

4 Acidul nicotinic ar produce un desgust faţă de alcool.

Rezultatele obţinute sunt un argument în plus pentru cei ce susţin că turburările din alcoolism nu sunt datorite alcoolului însuşi ci unei carenţe vitaminice, intoxicaţia alcoolică fiind un fel de avitaminoză. Recăderile bolnavilor în alcoolism nu pot fi încă definitiv judecate, deoarece nu au trecut decât câte 2—3 luni dela sfârşitul tratamentului.

Dr. O. Fodor

Părerile actuale asupra hipertensiunei arteriale şi acţiunea preparatelor de iod asupra ei. (Elleniki Jatriki, Saloniki 1937, vol. 11, pag. 943) de *A. A. Petrovas*, Spit. Elpis, Atena.

Ca unul dintre mijloacele cele mai eficace şi mai inofensive pen'ru coborârea tensiunei s'a arătat Endojodinul P. a realizat cu ajutorul lui la 13 din 15 pacienţi un efect rapid, sigur şi vindecarea, la cel de al 14-lea ameliorarea şi numai la unul singur nici un rezultat La 2 bolnavi (unul cu R. B-W. + şi altul —) rezultatul nu a fost absolut satisfăcător. Coborârea rapidă a tensiunei a fost mai a'es de valoare la un bolnav cu hemoragie cerebrală. Nu este nevoe de niciun fel de regim special în tratamentul hipertoniei cu Endojodin.

Contribuţiuni la tratamentul maladiei serului cu Torantil, de *H. Völckers* şi *J. Löffler*, Spit. de copii al municipiului Gelsenkirchen: med. Wschr. 1940. Nr. 42, pag. 1145.

In administrarea serului antidifteric, pericolul maladiei serice pentru bolnav e minim; totuşi se pare că acest accident s'a produs în ultimii 2 ani la 40% din diftericiı trataţi cu ser, şi într'adevăr cu febră, prurit intens şi exanthem urticarian. Pentru evitarea acestor neplăceri s'a recomandat în numeroase rânduri calciul totuşi fără foloase reale. De aceea V. şi L. au încercat Torantilul distrugător de histamină, care fusese găsit eficace în alergoze, cu care şi maladia serului are anumite asemănări. S'a dat Torantil la vreo 50 de copii între 1—13 ani; la început s'a dat începând din ziua administrării serului Torantilul ca drageuri pe gură. Totuşi nu s'a produs niciun efect vizibil, de aceea Torantilul s'a injectat, şi anume tot din ziua administrării serului, zilnic. Deoarece şi de data aceasta efectul era insuficient, s'a renunţat la profilaxie şi nu s'a mai dat decât la apariţia primelor simptome ale maladiei serului 2 cmc intramuscular. Efectul se manifesta după 1, cel mai târziu după 4 ore. Fenomenele externe erau mai puţin influenţate decât turburările subiective; pruritul, durerile articulare şi ganglionare dispăreau. Mecanismul apărării nu este turburat de Torantil. Rezultatul absolut satisfăcător s'a obţinut la 80% din bolnavi.

*

PULMONARE

Interesante complicaţiuni în drenajul aspirator al cavernelor. (Eigenartige Komplikationen bei der Kavernensaugdrainage von *Dr. Anton Lemberger* Zeitschrift für tuberkulose, Band 86, Heft 1—2 1941).

Sub acest titlu autorul descrie următoarele: la un bolnav de 54 ani, care a prezentat, la întrarea în serviciu, o tuberculoză fibrocazeoasă cavitară dreaptă şi o stenoză aortică contractată în copilărie în urma unui reumatism articular acut, aproape total compensată, şi la care instituirea unui pneumotorace artificial drept a fost urmată de abandonare ca fiind ineficace, i s'a practicat un drenaj aspirator intracavitar.

După 43 de zile de drenaj aspirator, imaginea cavitară s'a redus, dela mărimea unui măr mic, cât a fost la început, la o mică clarefiere subclaviculară. La această dată însă bolnavul face un puseu de reumatism poliarticular acut cu endocardită şi într'o decompensare totală sucombă după 2 săptămâni

La autopsia plămânului s'a constatat: *În vârful plămânului drept o cavernă de mărimea unei castane, comunicarea cavernei cu bronşia de drenaj complet obliterată, iar din peretele cavernei, opus traectului sondei aspiratoare, pleca un canal care străbătea ţesutul pulmonar până la peretele toracic subjacent. Acest canal, neted la interior, avea peretele format dintr'un ţesut cicatricial, iar el a rezultat din străpungerea ţesutului pulmonar de către cateterul aspirator, al cărui capăt a stat în acest canal şi nu exact în lumenul cavernei.*

In baza acestei constatări, autorul formulează concluzia: *„trebue să ne ferim a împinge prea departe cateterul în cavernă"* căci peretele ei poate fi foarte uşor străpuns, putând rezulta din aceasta rupturi de vase ale căror consecinţe pot fi hemoragii mari,

iar dacă sonda străpunge ţesutul pulmonar până la peretele toracic opus, se pot produce empieme încapsulate dacă la acel nivel pleura n'a fost simfizată.

Faptul că, faţă de ultimul control radiologic, la autopsie s'a găsit o cavernă mărită, este explicat de autor prin aceea că în ultimele zile, înainte de sucombare, drenajul aspirator a fost întrerupt şi ca urmare caverna s'a putut desvolta mai departe.

Dr. Timoc

Tratamentul pleureziei purulente. (Sibiul medical 1940 vol. 6 p. 40) de *Liviu Ursu* şi *D. Roşca*, Sibiu.

Metoda lui Morelli (soluţia Dakin) completată de injecţii intrapleurale de 50—100 cmc. de Prontosil solubil 5o/o cum şi de insuflaţiile de aer pentru menţinerea presiunei pleurale a avut la bolnavi cu pleurezii purulente un rezultat de aproape 100o/o vindecări, cu o evoluţie mai rapidă decât cu tratamentul pur chirurgical. Deoarece Prontosilul per os nici nu previne pleurezia purulentă şi nici nu o influenţează odată instalată, se presupune că pleura ar fi impermeabilă pentru acest medicament (introdus de afară în cavitatea pleurală); pe de altă parte puncţia pleurală nu a arătat prezenţa Prontosilului, astfel că se presupune că pleura ar fi permeabilă dinăuntru înafară. Înainte de administrarea intrapleurală a Prontosilului s'a controlat inocuitatea acestei administrări, injectând la început 10 cmc, iar mai târziu şi 100 de cmc. intrapleural.

*

INFECŢIOASE

Valoarea diagnostică a medulocultureí în cursul febrei tifoide. (Sur la valeur dignostique de la médulloculture au cours de la fièvre tyfoide) de *A. Landau, J. Bauer, J. Gryfenberg*. La Presse Médicale Nr. 6 - 7. Pag. 71, 1940.

Pentru a studia valoarea diagnostică a medulocultureí în febra tifoidă autorii fac însămânţări din măduva osoasă, din sânge, urină, materii fecale la un număr de 28 bolnavi. Tot paralel fac şi reacţia Widal. Pentru medulocultură aspiră substanţa medulară prin puncţie sternală (metoda lui Arinkin) şi o însămânţează pe medii de cultură (0,5—1 cc. pe 50 cc. bilă).

In acelaş timp la acelaş bolnav fac reacţia Widal, hemocultura, uricultura şi culturi din fecale.

Concluziile la care ajung sunt următoarele:

1. Insămânţarea de măduvă în vivo în cursul febrei tifoide a fost pozitivă în 46o/o din cazurile examinate (şi în 63,5o/o pentru cei la care medulocultura s'a făcut în timpul perioadei febrile).

2. Rezultatele pozitive prin însămânţări de măduvă sunt mai frequente decât acelea de sânge. Acest fapt le permite să considere examenul bacteriologic al măduvei osoase ca un mijloc diagnostic mai sigur decât hemocultura, tehnica sa fiind uşoară.

3. La un procent de 17o/o din cazuri examenul bacteriologic simultan al măduvei şi sângelui a dat un rezultat pozitiv în primul caz şi negativ în al doilea caz (hemocultură).

4. In caz de hemocultură negativă, de R. Widal îndoelnică sau negativă examenul bacteriologic al măduvei dacă este pozitiv poate sigur să confirme diagnosticul în formele atipice şi larvate ale febrei tifoide.

Dr. Meţianu Cornel

Dizenterie bacilară cu bacilul Flexner în Bretania. (Flexner-Ruhr in der Bretagne und ihre Behandlung) de *Otto Hans*. Deutsche Med. Wochenschr. 1941, Nr. 8, p. 205 şi Nr. 9, p. 233. Autorul descrie o epidemie de dizenterie observată în timpul campaniei din Franţa la soldaţii germani. A avut ocazia să trateze 200 bolnavi, la toţi identificându-se bacilul dizenteric Flexner. Tabloul clinic a fost cel obişnuit, în 10o/o a cazurilor a fost prezent herpesul.

Din punct de vedere terapeutic cazurile a fost împărţite în trei grupe de număr şi gravitate egale: o grupă a fost tratată cu ser antidizenderic polivalent, a doua grupă a fost tratată cu regimul de mere crude, a treia grupă a fost tratată cu metoda veche obişnuită: regim hidric, apoi supe de făinoase... Rezultatul terapeutic în toate grupele a fost identic în ce priveşte părăsirea patului, eliberarea din spital, durata scaunelor sangvinolente, a perioadei febrile. Totuşi insuccesele terapeutice se înregistrează în 20o/o în cazurile cu ser, în 9o/o în cazurile cu regim de mere şi în 14o/o în cazurile cu supe de făinoase. In plus după ser s'a mai înregistrat şi boala serului în 41o/o, astfel că autorul nu este aderent al seroterapiei, celelalte două metode terapeutice dau aproximativ acelaşi rezultat. In toate cazurile pentru reuşita tratamentului este foarte important: aplicarea tratamentului cât mai precoce, imediat repaos la pat, cel puţin 7 zile, temperatură potrivită în cameră, imediat o purgaţie cu uleiu de ricină, două zile de ceaiu. Apoi urmează 3—5 zile cu mere, apoi supe cu făinoase şi cu încetul trecem la regimul mixt în timp de 2—3 săptămâni. Nu se indică aplicarea opiului.

Tratamentul meningitei epidemice la copii cu eubasin şi albucid. (Zur Behandlung des kindlichen Meningitis epidemica mit Eubasinum und Albucid) de *Dr. T. Hoppe* Deutsche Med. Wochenschr. 1941, Nr. 2, p. 39.

Autorul relatează o statistică de 54 de cazuri de menigite epidemice la copii între vârstele de 2 luni şi 14 ani tratate cu eubasin şi cu albucid, fără seroterapie specifică antimeningococică. După constatările autorului ambele preparate dau bune rezultate terapeutice, totuşi cele înregistrate cu albucid sunt net superioare. 23 de cazuri au fost tratate numai cu albucid şi toate s'au vindecat, pe când dintre cele 28 de cazuri tratate numai cu eubasin au sucombat 4, deci o mortalitate de 14,2o/o. 3 cazuri au fost tratate mixt, cu eubasin şi albucid. Eubasinul a fost dat în dozele următoare: dela 6 ori 1/8 până la 6 ori 3 tablete în prima zi în raport cu vârsta. In zilele următoare dozele sunt ceva mai reduse. Se face un tratament de 7—10 zile şi dacă este necesar se face un nou tratament după o pauză de 2 zile. Preparatul de obiceiu a fost administrat pe cale bucală, rar intramuscular. Albucidul a fost dat în dozele următoare: se dă 3 zile intravenos şi anume până la 3 ani zilnic 3 ccm, peste această vârstă 5 cc. După 4 zile de tratament administrarea se continuă 7—10 zile pe cale bucală, de 3 ori o tabletă şi numai la copii mai mari de 3 ori 2 tablete. Dacă este necesar după 3 zile pauză se face un nou tratament.

Asupra tratamentului cu prontosil în cărbune. (Uller Prontosillehandlung der Milzbrandes) de *I. Dörffel* Dtsch. med. Uschr. 1940, p. 827—828.

Se relatează două cazuri tratate numai cu prontosil şi vindecate: o femee de 50 ani cu pustulă maligă a antebraţului primeşte de 3 ori 2 tablete prontosil timp de 23 de zile; altul un bărbat de 42 ani cu pustula maligă a extremităţi inf. drepte primeşte 2 serii de 7 zile, 3 ori 2 tablete pe zi.

O contribuţie la diagnosticul febrei tifoide prin puncţie sternală. (Ein Beitrag zur Typhus-diagnose aus dem Knochenmarkspunctat) de *K. Körnig*. Kinderärztl. Prax. 11, 1940, pagina 215—217.

Se relatează o observaţie la un copil de 11 ani, cu febră tifoidă, unde diagnosticul a fost pus după 24 zile, când s'a făcut o puncţie sternală. Cultura în bilă din punctat a dat rezultat intens pozitiv pentru bacili lifici, pe când culturile repetate din fecale, urină, sânge, au rămas negative. Seroaglotinarea numai în săptămâna 5-a a devenit pozitiv (1/400).

Contribuţie la problema imunizării active contra dizenteriei. (Beitrag zur Frage der aktiven Immunisierung gegen Dysenterie) de *E. Kestermann* Klin. Wischr. 1940, p. 1061—62.

Autorul a făcut imunizări activ comparative contra dizenteriei aplicând vaccinul vechiu Behringwerke şi un nou vaccin

„Aldystox" dela aceeaşi casă, care este un amestec de delizate de toţi bacilii dizenterici cu soluţie Shiga-Formol-Toxoid. Efectul imunizant este însemnat, toleranţa bună,

Dr. I. Gavrilă

*

CHIRURGIE

Tetanosul de război. (Le tétanos de guerre. A propos des 14 cas observés an Centre Sanitaire Français de Besançon. Action des infiltrations anesthésiques du Sympatique) de *René Simeon* şi *G. A. Patey*. La Presse Medicale 20—23 Nevembre 1940, pag. 935—937. Nr. 91—92.

Urmărind evoluţia cazurilor de tetanos la un centru sanitar francez de război, autorii, — după ce disting un *tetanos supraacut* cu fenomene toxice grave şi un *tetanos acut* mai puţin grav — insistă asupra individualizării unui tetanos special, tetanosul de război, caracterizat prin: Terenul pe care se grefează tetanosul de război, este un teren deosebit; rănitul fiind un nervos, un socat, un surmenat. Tetanosul intervine deobiceiu la o plagă mare cu distrugeri masive de ţesuturi sau la nivelul unui bont de amputaţie. In sfârşit caracteristic ar fi prezenţa unei algii periferice foarte puternice, punct de plecare al reacţiunilor tetaniforme generale explicabilă printr'o hiperconductibilitate nervoasă însoţită de hiperexcitabilitate nervoasă. Această hiperexcitabilitate are anumite zone de elecţie, în primul rând centrul mezocefalic, care ar fi cel mai receptiv pentru toxina tetanică.

Tratamentul tetanosului va cuprinde în aceste cazuri — pe lângă tratamentul chirurgical de curăţire al plăgii, seroterapie masivă (70—120.000 u.) intravenos şi intramuscular, narcoza clorofornică, administrarea de calmante hipnotice, per os sau rectal — şi o medicaţiune specială preconizată de autorii articolului de faţă. Cunoscând valoarea focarului reactogen — algio periferică — care lucrează asupra mezeucefalului provocând un nou sindrom spastic şi paroxistic care poate duce până la moarte, se încearcă eliminarea acestuia. Metoda constă în anestezierea prin infiltraţia simpaticului regional cu novocaină 1%, 20 cc. Fără niciun pericol se pot repeta injecţiile în aceeaşi zi (până la 2) sau se poate face o serie de 4—6 infiltraţii în zile consecutive. Indicaţiile metodei, care după autori dă rezultate minunate, ar fi:

a) formală în apariţie dureri în bont sau plagă la un tetanos pe cale de ameliorare;

b) foarte probabilă: în cazurile tetanosului grav, supraacut;

c) eventual: preventiv în orice tetanos.

Gr. Crişan şi I. Mircioiu

Insulina în tratamentul plăgilor de război, de *H. Serelman*. La Presse Medicale 2—5 Octobre 1940. Nr. 75—76, pag. 782—783.

Războiul din Spania a pus în valoare perfecţionându-l, procedeul de tratare a plăgilor supurate, complicate, prin acţiunea insulinei.

Autorul, împărţind bolnavii la Spitalul din Villanueva în 1937, în două serii, dintre cari una cu plăgi mai uşoare servea ca martoră, prin aplicarea insulinei intravenos a reuşit să obţină rezultate admirabile, reducând durata de vindecare la câteva săptămâni pentru plăgi al căror tratament necesita cel puţin un an.

Procedeul comportă trei caracteristici: determinarea liniştei de toleranţă; supraalimentaţia hidrocarbonată; stricta reglementare a metabolismului apei.

Determinarea limitei de toleranţă se face prin ingerarea în mod succesiv crescând, în timp de trei zile a 30, 45, 60 gr. glucoză în ceaiu sau lapte, după care se administrează pe cale intravenoasă 10, 15, 20 V. I. Insulină.

Sensaţia de foame, sudori reci, tachicardia dacă apar sunt considerate semne de alarmă. Incă 2—3 injecţii pe săptămână completează efectul acestor prime injecţii. Alimentaţia hidrocarbonată abundentă este necesară. Tulburările de circulaţie locale sau generale impun reglarea metabolismului apei.

In plăgile osoase menţinerea unui edem colateral este favorabil, deoarece din hematomul acompaniator osteoflostele îşi iau calciu pentru calosul osos. Prin alimentaţia lichidă abundentă se favorizează acest edem. Din contră bolnavilor cu plăgi ale părţilor moi li se dă un regim sec. Insulina constitue astfel un tratament de bază, lucrând prin metobolismul zahărului la regenerarea ţesuturilor. Pentru efectivul armatei procedeul este extrem de important fiindcă reduce cu minimum 15% numărul zilelor de spitalizare al răniţilor.

Gr. Crişan şi I. Mircioiu

*

OBSTETRICĂ

Tiroida şi sarcina. (Schilddrüse und Schwangersgaft) de *Dr. W. Benthin*. Zärttl. Fortbildung. 1941. Nr. 9, pag. 236—48.

Autorul discută comportarea sarcinei în diferite afecţiuni ale glandei tiroide precum şi comportarea tiroidei normale în timpul sarcinei. Tiroida normală prezintă o congestie în cursul sarcinei, ceea ce se manifestă uneori prin o uşoară ipertrofie, ceea ce de obiceiu trece după sarcină. In ceea ce priveşte raportul între sarcină şi afecţiunile glandei tiroide următoarele sunt de spus: Atâta vreme cât există o guşe moderată fără tulburări, sarcina poate fi menţinută. In cazuri de guşe mari mai bine este de a întrerupe sarcina. La Basedowieni problema este mai delicată. Se va avea în vedere gravitatea Basedowului. Se va face un tratament al Basedowului înainte de concepţiune, pentrucă această boală de obiceiu este agravată prin sarcină. Se va observa bolnava gravidă de aproape şi în caz, că se observă o agravare a Basedowului se întrerupe sarcina.

Dr. I. Gavrilă

*

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Consideraţiuni anatomo-clinice asupra oto-mastoiditelor. (Revista română de Oto-rino-laringologie şi broncho-esofagoscopie. Nr. 4. An. VIII, Oct.-Dec. 1940, pag. 205), de *Dr. Ţeţu* şi *Dr. Meţianu*.

După autori, calea de infecţie obişnuită a celulelor mastoidiene este constituită de trompă, casa timpanului şi antru, care împreună cu cavitatea buco-faringo-nasală, pot fi considerate ca focare iniţiale a unor procese inflamatorii oto-mastoidiene.

Termenul tehnic care cuprinde adevăratul sens al procesului morbid şi care trebue să fie generalizat este acela de oto-mastoidită. Manifestaţia clinică a oto-mastoiditei este în funcţie de arhitectura celulară a apofizei mastoidiene, de teren şi de natura germenului patogen. Aceşti factori constituesc marea variaţie de forme anatomo-clinice în oto-mastoidite.

Pentru precizarea diagnosticului şi indicaţiei operatorie, trebuie să analizăm în fiecare caz toate simptomele subiective şi obiective, pentruca în acest fel să putem lua o atitudine rezonabilă.

Observaţiunile autorilor întâlnite în ultimii 6 ani în Spitalul Colţei trec de 180 cazuri, probează că indicaţia operatorie de urgenţă este relativ restrânsă şi totdeauna determinată de complicaţiuni grave endocraniene, unde procesul otic propriu zis nu a avut timp să evolueze. Indicaţiile precoce depind pe lângă semnele locale accentuate, de starea generală a bolnavului, care nu se ameliorează cu tot tratamentul local şi general aplicat. In majoritatea cazurilor autorii pun o indicaţie operatorie de oportunitate unde starea locală şi generală a bolnavului nu dă răgazul necesar pentru a căuta toate elementele în vederea precizării momentului operator. Un singur semn local aşa de caracteristic care să permită întotdeauna să operăm cu certitudine nu există.

Autorii au întrebuinţat în majoritatea covârşitoare a cazurilor anestezia locală, fiind întotdeauna pe deplin mulţumiţi. Prin anestezia locală se reduce şocul operator, nu se schimbă felul de vieaţă al bolnavului şi se pot observa mai atent mişcările feţei, fapt ce contribue la menţinerea calmului operatorului şi la scurtarea tratamentului postoperator.

Dr. Alexandru Ciplea

Etiologia şi tratamentul agranulocitozelor: angina agranulocitară, leucopenie malignă. Starea actuală a chestiunii. (L'étiologie et le traitement des agranulocytoses, angine agranulocytaire, léucopénie maligne. Etat actuel de la question) de *P. Dustin.* Bruxeles-Médical Nr. 16 Fevrier 1940.

După o scurtă discuţie asupra patogeniei, autorul trece în revistă diferitele substanţe capabile să producă angina agranulocitară. Bazându-se pe întreaga literatură, el insistă mai mult asupra rolului etiologic al *pyramidonului,* care luat mai multe săptămâni poate produce o sensibilizare a bolnavului. Pyramidonul opreşte maturarea polinuclearelor. Benzenul şi derivaţii lui, alcătuesc o otravă a măduvei osoase.

Sulfamida şi sulfopiridina, produc mai mult crize hemolitice, uneori dramatice, pe când agranulocitozele survin rar şi mai ales în cazul îngerării altor medicamente toxice concomitent cu sulfamidele. Sărurile de aur sunt deasemenea toxice pentru măduva osoasă Stovarsolul şi neosalvarsanul şi alţi compuşi arsenicali, întocmai ca şi razele X, produc agranulocitoze toxice.

Autorul înşiră şi alte substanţe cu un rol etiologic mai redus în leucopeniile maligne: Thenaeina, allonalul, cibalgina, novalgina, antipirina, phonormul, chinina, bismutul, etc.

Cu privire la terapeutică, pe lângă tratamentul O. R. L. care trebue să impiedece extensiunea leziunilor faringiene, autorul înşiră tratamentele cauzale cu extracte de ficat, doze excitante de raze X ale măduvei hematopoetice, transfuzia întrebuinţată numai în cazurile unde agranulocitoza e acompaniată de anemie toxică. Cel mai eficace tratament îl dau *pentosenucleotidele,* injectate intramuscular în doze mari, cam 10 cc de 4 x la zi până când leucocitoza se ridică.

Autorul publică o statistică recentă a lui Jackson asupra a 448 de cazuri întâlnite în literatură, din care reese că numai nucleotidele au reuşit să reducă mortalitatea dela 85% la 35%

Drept incheere autorul discută şi latura socială a chestiunii, îndemnând pe medici să dea sfaturi bolnavilor şi să facă, controlul sângelui.

Dr. Gârbea

*

NEUROLOGIE

Polinevrită toxică provocată prin Uliron. (Polynévrite toxique provoquée par l'Uliron) de *A. Leroy.* Journ. Belge de Neur. et Psych. Nov. 1939, pg. 729.

Atins de blenoragie, un tînăr de 21 ani pentru a se vindeca ia 36 gr. de uliron în timp de trei săptămâni. Vindecat, el face o plimbare mai lungă, după care îi apar succesiv turburări cu caracter paretic la membrul superior drept şi apoi la membrele inferioare (întâi la dreptul şi apoi la cel stâng). La câteva zile acuză o durere spontană la nivelul pulpelor.

Obiectiv, se constată abolirea achilienelor şi apariţia unei reacţiuni de degenerescenţă parţială la nivelul unor muşchi ai eminenţei tenare drepte şi a lojei antero-externe a celor două gambe. Mâinile prezintă o cianoză persistentă atribuită sulfhemoglobinemiei. Urina conţine urobilină.

După o evoluţie de 7 săptămâni, această polynevrită se ameliorează şi turburările motorii merg spre vindecare în ordinea în care s'au şi instalat.

Dr. Ioan Şerbu

Rolul soluţiunilor hipertonice în tratamentul migrenei. (Role des solutions hipertoniques dans le traitement de la migraine). *Villey, Buvat et M-me Buvat-Pochon.* Revue neurologique 1938. T. 70. Nr. 1, pag. 32.

Autorii au aplicat în crizele de migrenă, injecţii i. v. cu 10—20 cc. sol. ser salin hipertonic 10—20%, obţinând o acţiune aproape imediată asupra crizelor dureroase, indiferent de momentul în care se intervenea. Ei explică efectul prin acţiunea soluţiunilor hipertonice asupra tensiunii intracraniene pe care o reduce considerabil, aceasta acţiune manifestându-se indiferent de cristaloidul întrebuinţat. Astfel aceasta terapeutică constitue şi un argument în favoarea teoriei, după care hipertensiunea intracraniană este unul dintre factorii esenţiali ai crizei migrenoase.

Maladia lui Thomsen. Maladia lui Steinert. Acţiunea chininei. (Maladie de Thomsen. Maladie de Steinert. Action de la quinine). Dereux et Bandu. Rev. Neur, 1938. T. 70. Nr. 1. pag. 43

Autorii au administrat per os în aceste boli chinina cu rezultat foarte bun, dovedindu-se cel mai cu efect sulfatul de chinină în doze de 1—1.25 gr. pe zi.

Prezentarea unui caz de poliradiculo-nevrită în evoluţie. (Présentation d'une polyradiculo-névrite en évolution). *Faure-Beaulieu et Feld.* Rev. Neur. 1938. T. 70. Nr. 1, pag.

Autorii expun observaţia unui caz de tetraplegie flască şi cu diplegie facială, fiind prinşi aproape toţi muşchi striaţi, cu reflexe osteo-tendinoase şi cutanate abolite, cu dureri la presiunea maselor musculare şi cu iperalbuminoză în lichidul cefalo-rachidian, care cu toată gravitatea impresionantă s'a vindecat (cum se întâmplă totdeauna în acest sindrom numit al lui Guillain şi Barré).

Intr'un caz de autopsie al lui Balduzzi s'a constatat numai o vasodilataţie enormă a capilarelor rădăcinelor şi ganglionilor nervilor rachidieni fără alte lesiuni, ceea ce arată că în această boală există numai turburări congestive, fără inflamaţie, de unde rezultă şi iperalbuminoza fără ipercitoză în lichid, cât şi evoluţia favorabilă relativ rapidă a cazurilor spre o restitutio ad integrum, prin o terapie antiinfecţioasă, electrizări şi eventual vasoconstrictive.

Dr. Duma Desuderiu

*

VENEROLOGIE

Cercetări experimentale referitor la reacţia de fixaţie a complementului în blenoragie. (Experimentelle Untersuchungen zur Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhoe) de *Dr. Gerhard Göhring.* Dermatologische Wochenschrift, Nr. 29—1940, pag. 625

După un tratament prealabil intraperitoneal la şobolani nu numai cu coci (gonococi, meningococi, stafilococi), ci şi cu bacili (bacilul coli) s'a reuşit a se produce o reacţie pozitivă de fixare a complementului. După administrarea de aolan, sau alte substanţe nespecifice, reacţia de fixare în blenoragie a rămas negativă.

La facerea reacţiei de fixare a complimentului în blenoragie a fost întrebuinţat pe lângă antigenul lui Cohn şi Compligon şi un antigen cu stafilococi; şi cu acest din urmă antigen s'au obţinut aproape aceleaşi rezultate ca şi cu antigenul lui Cohn; — bineînţeles cu antigenul stafilococic reacţia va fi ceva mai slabă.

Printr'un tratament prealabil cu vaccin antistafilococic la om, reuşim a produce o reacţie de fixaţie a complementului în blenoragie pozitivă.

Contribuţiuni la tratamentul blenoragiei cu ser de reconvalescent. (Beiträge zur Behandlung der Gonorrhoe mit Rekonvaleszentenserum) de *Docent Dr. Eugen Szép.* Dermatologische Wochenschrift, Nr. 48—1940, pag. 1015.

Autorul pretinde, că el a descris deja în 1936, cu mult înainte de Prof. Martinez, tratamentul cu ser de reconvalescent al blenoragiei. Cu acest tratament n'a observat dispariţia gonococilor din secreţie, însă s'a remarcat o acţiune eficace în complicaţiunile blenoragiei şi mai ales în cazurile de bolnavi anergici faţă de infecţiunea blenoragică.

Autorul remarcă faptul, că nu numai serul persoanelor tratate cu sulfonamide, ci şi a celor tratate cu vaccin şi proteine heterogene are o acţiune bună în tratamentul blenoragiei.

Dr. L. Modran

*

DERMATOLOGIE

Despre localizaţiuni rare ale tricofiţiei. (Über seltenere Lokalisationen der Trichophytie) de *O. Hrad.* Dermatologische Wochenschrift, Nr. 50—1940, pag. 1051.

Autorul relatează 2 cazuri interesante prin localizarea neobişnuită a tricofiţiei.

In cazul întâiu este vorba de o tricofiţie profundă localizată la sprânceană şi pleoapa superioară ; în cazul al doilea este o tricofiţie superficială în regiunea cililor.

Diagnosticul clinic a fost confirmat prin evidenţiarea microscopică a tricofitonului şi prin culturi. De asemenea reacţia imunobiologică cu tricofitină a fost intens pozitivă.

Cataliza, acţiunea iodului, terapia cu uran. (Katalyse, Jodwirkung, Urantherapie) de *Dr. Franz Dufke.* Dermatologische Wochenschrift, Nr. 50—1940, pag. 1054.

Niuran, un catalizator din grupa fier-cobalt-nichel, conţinând alifie de iod şi uran, după experienţele lui Truttwin, posedă cu tot conţinutul redus de iod şi uran, o acţiune terapeutică mai pronunţată decât combinaţiunile de până acum cu iod şi uran.

Niuran s'a dovedit foarte eficace în toate stadiile eczemei: acută, cronică, recidivantă. De asemenea are o influenţă promptă în dermatite acute şi escare. A mai fost aplicat cu rezultate bune în următoarele afecţiuni: Impetigo contagios, balanită, sicoză simplă stafilogenă, lupus eritematos şi eritemul indurativ Bazin.

Despre chimioterapia piodermiilor. (Zur Chemotherapie der Pyoderminen) de *O. Hrad.* Dermatologische Wochenschrift, Nr. 10—1941.

Bazat pe cele 86 de cazuri, de piodermii stafilo şi streptococice tratate cu Albucid, autorul ajunge la următoarele concluzii: Preparatul a fost aplicat atât local sub forma de alifie, iar uneori în cazurile mai pronunţate şi inveterate şi per os sub forma de tablete în atacuri în serie.

S'au obţinut rezultate din cele mai bune chiar şi în cazurile cele mai renitente la alte terapeutice.

Alifia cu Albucid aplicată local a fost foarte bine tolerată de toţi bolnavii, preparatul fiind absolut inofensiv chiar faţă de tegumentele cele mai inflamate.

Dr. Liviu Modran

Contribuţiuni la tratamentul acneei vulgare cu Torantil. de *Koch.* München (Derm. Ges. 6. 12. 1938). Ztrbl. Haut u. Geschl. Krkh 1939, vol. 61, p. 545.

In acneea vulgară, datorită turburărilor digestive, K. a încercat Torantil. La 20 din 26 de bolnavi astfel trataţi, Torantilul a adus o ameliorare, totuşi numai de 4 ori s'a realizat o vindecare completă. Bărbaţii au reacţionat mai bine la Torantil decât femeile. De multe ori, Torantilul a înlăturat şi constipaţia. K. este de părere, că în acneea datorită turburărilor digestive trebue încercat totdeauna Torantilul.

OFTALMOLOGIE *)

Pasajul corpusculilor şi rickettsoizi ai trahomului asupra ţesutului ochiului uman în afara organismului şi câteva observaţiuni generale asupra culturii a acestor formaţiuni în vitro. (Passage des „corpuscules rickettsoides" du trachome sur le tissu de l'oeil humain hors de l'organisme et quelques observations générales sur la culture des dites formations in vitro), de *L. Poleff.* Revue internationale du trachome. 4. 1939, pag. 79.

Concluziile acestui studiu sunt următoarele: *a)* Cultura corpusculilor rickettsoizi în vitro cu ajutorul metodei de explantare este realizabilă ; *b)* O creştere a acestor elemente în afara organismului nu se manifesta la început decât în culturile de ţesut conţinând virusul, în particular din ţesutul panusului ; *c)* Ca material tisular pentru treceri succesive, ţesutul uman embrionar (placenta) oferă multe avantagii ; *d)* O desvoltare a corpusculilor rickettsoizi ai trachomului este posibilă de asemenea pe ţesutul uman organo-specific (cornea ochilor enucleaţi) ; *e)* O încercare de cultură a virusului trachomului pe cornea feţilor şi cadavrelor umane ar fi indicată.

Asupra problemelor trahomului şi metodele pentru soluţionarea lor. (Sur les problémes du trachome et les méthodes de leur solution), de *J. Tobovisky.* Revue internationale du trachome, 4. 1939. Pag. 65.

Autorul se ocupă de diagnosticul şi perioada iniţială a acestei boale. Pentru unii oculişti simptomele patognomonice ale trahomului sunt numai formaţiunile de foliculi aleşi. Infiltraţia difuză, hipertrofia papilară şi cicatrizarea sunt semne de trachom, dar prezenţa lor nu este necesară pentru diagnosticul bolii. Neexistând o diferenţă esenţială între foliculii trachomului şi foliculii în general, problema este şi mai dificilă de rezolvat. Afirmaţiunea D-nei Lewkowa că foliculii trachomului au mai mult un caracter limfoblastic în timp ce foliculii conjuctivitei foliculare sunt mai mult limfocitari de asemenea nu poate rezolva problema, pentrucă la început toţi foliculii sunt limfoblastici şi numai mai târziu devin limfocitari. S'a încercat să se stabilească o diferenţă clinică între foliculii trachomatoşi şi cei netrachomatoşi după aspectul şi poziţia lor. Foliculii trachomatoşi sunt totdeauna cenuşii şi diseminaţi neregulat pe conjunctiva pleoapelor în special cea superioară, în timp ce foliculii benigni sunt roti, transparenţi, duri şi localizaţi mai ales la pleoapa inf. Discuţii asupra acestei metode vor continua să aibă loc atât timp cât chestiunea etiologiei trachomului nu va fi rezolvită. Pentru aceasta însă se cer noui metode de lucru, noui metode de cercetări. Toată lumea este de acord că perioada iniţială a trachomului este foarte grea de diagnosticat. După J. T. caracteristicele stadiului iniţial al trachomului sunt: desvoltarea progresivă a simptomelor unei inflamaţiuni profunde a întregii conjunctive (iperemia difuză, îngroşarea conjuctivei, ipertrofia papilară şi mai târziu apariţia de foliculi). Problema trachomului iniţial ar progresa mult dacă toate cazurile ar fi examinate în detaliu atât clinic, cât şi microscopic. De asemenea ar fi de dorit să se practice experienţe om şi animale pe scară cât mai întinsă.

Lupus eritematos al conjunctivei. (Le lupus erithémateux de la conjonctive), de *F. I. Jousefova et J. U. Bogdanovitsch.* Annales d'oculistique, I. 1939, pag. 27.

Afecţiune foarte rară şi puţin studiată, este de obiceiu propagată la conjunctivă dela tegumentele vecine. Când singură mucoasa este atinsă, diagnosticul se face numai prin biopsie. In cazul relatat de autori existau leziuni cutanate caracteristice pe pleoape, alături de leziuni conjunctivale constând în hiperemia şi îngroşarea conjunctivitei palpebrale şi bulbare şi prezenţa de

*) Cercul de referate a Clinicei Oftalmologice din Iaşi. Şedinţa din 8 Mai 1941.

mici formaţiuni papuloase, alb-cenuşii, cu centrul deprimat atrofic şi telangiectazic. In starea generală a bolnavului se notau leziuni de t. b. c. pulmonar fibros şi reacţia Mantoux pozitivă. Examenul anatomo-patologic al conjunctivei bolnave a arătat prezenţa de celule epitheloide şi gigante. Tuberculino-terapia la care s'a recurs în primul moment a dus la recrudescenţa simptomelor şi a trebuit să fie abandonată Din contră printr'un tratament bine condus cu bibromură de mercur 2%, cu toate reacţiile negative pentru syfilis, s'a ajuns la o ameliorare foarte pronunţată a leziunii.

Studii asupra trahomului. (Etudes sur le trachome), de *Lopes de Andrade.* Annales d'oculistique, I. 1939, pag. 33.

Inspirat de lucrările lui von Szily asupra transmisiunii trachomului uman în ochiul animalelor de laborator, autorul obţine la rândul lui la epure, prin inoculare de emulsie trachomatoasă proaspătă, apariţia de noduli lymfatici în choroidă cu totul similari din punct de vedere histo-patologic, cu folicolul trachomatos dela om.

Trece apoi în revistă numeroasele sero-reacţiuni propuse în trahom, începând cu reacţia alergică Tricoire şi terminând cu aceea de aglutinare a lui Weil-Félix, toate acestea demonstrând că trachomul este considerat de majoritatea autorilor ca o boală generală. O serie de autori însă ca Angelucei, Adario etc., văd în trahom o maladie locală, grefată pe o constituţie organică particulară. De aceea s'a întreprins o serie de cercetări variate spre a preciza caracteristicele biologice şi fizico-chimice ale constituţiei trachomatoşilor. Potrivit acestei tendinţe autorul studiază comparatia, feucocitară la 18 trachomatoşi şi 12 cu alte afecţiuni conjunctivale. La toţi trachomatoşii se constată o lymfocitoză marcată (34%—55%), cât şi o eozinofilie în 22% din cazuri. Printre celelalte afecţiuni conjunctivale nu s'a constatat lymfocitoză decât în catarul primăvăratic. Alături de formula sanghină autorul a studiat calcemia şi rezerva alcalină la 31 de trachomatoşi pe care le-a găsit normale.

O pacitate corneană ereditară şi congenitală repartizată pe 3 generaţii şi interesând două gemene monozigote. (Opacités cornéennes héréditaires et congénitales réparties sur trois générations et atteignant deux jumelles monozygottes) de *R. Turpin, M. Tisserand et J. Serane.* Archives d'ophtalmologie, Nr. 2, 1939, pag. 109.

Autorii relatează cazul unei familii ce prezenta în 3 generaţii consecutive, opacităţi corneene. Unii din părinţi, tatăl, prezenta leziunile. Din 8 copii, 7 dintre care 2 fete gemene, aveau aceleaşi opacităţi. Unul dintre băieţii lezaţi se însoară şi are 2 fete cu leziuni corneene devenite mai discrete cu timpul. O fată purtătoare de leziune are un băiat sănătos. Una din gemene căsătorită, are un băiat cu leziuni tipice. In afara leziunilor oculare s'au remarcat la toate aceste generaţii absenţa apendicelui xifoid, prezenţa tuberculilor Carabelli, limba cu şanţuri, deci o serie întreagă de distrofii transmisibile pe cale hereditară. Lucrarea este interesantă atât pentru această coincidenţă de distrofii oculare la gonotipi (2 gemene monozygote), cât şi pentru faptul, că acest fenomen este pentru prima oară notat în literatură.

Contribuţiuni la chirurgia panusului cornean trachomatos. (Contribution a la chirurgie du pannus cornéen trachomateux), de *Egisto Moretti.* Annales d'oculistique, Nr. 1, 1939, pag. 41.

După trecerea în revistă a procedeelor operatorii preconizate în tratamentul panusului trachomatos, autorul descrie metoda personală, numită perirafie, ce se bazează pe concepţia că panusul în trachom se datoreşte extinderii procesului trachomatos la cornee. Factorul traumatic exercitat de granulaţiile şi cicatricele conjunctivale este neglijabil. Neoformaţia vasculară corneană departe de a fi defavorabilă evoluţiei cheratitei trachomatoase, trebue din contră stimulată spre a aduce la nivelul corneei toate puterile defensive ale sângelui. Inspirat dela acest desiderat, procedeul autorului caută prin trecerea unui fir de mătase în jurul limbului cornean, care rămâne 1—2 luni, şi prin prezenţa sa să exercite o acţiune hiperemiantă asupra conjunctivei şi corneei, să ducă la dispariţia panusului. Această operaţie o face după anestezie locală, trecând un fir de mătase Nr. 3, de jur împrejurul corneei la o distanţă de 3 mm. de limb, sutura interesând conjunctiva şi ţesutul episcleral. In zilele următoare ca tratament adjuvant recomandă instilarea zilnică de dionină 10%, cauterizarea cu sulfat de cupru, vaporizări calde de 2 ori pe zi, cât şi pomada cu oxid de mercur 1% seara. Cu această metodă au fost trataţi 42 trachomatoşi Rezultatele au fost bune în toate cazurile, afară de 6 cazuri cu panus crassus şi 8 cazuri cu panus siccus, unde resorbţia a fost limitată.

Temperatura tisulară a ochiului la iepurele normal şi la iepurele atins de keratită sifilitică sau palidoide. (Témperatures tissulaires de l'oeil chez le lapin normal et le lapin atteint de keratite syphilitique ou palidöide), de *A. Bessemans et J. Van Canneyit.* Archives d'ophtalmologie, Nr. 1, 1929, pag. 18.

S'a încercat să se măsoare temperatura diferitelor părţi ale globului ocular, cu ace termo-electrice. Temperatura camerii anterioare scade cu câteva zecimi de grad spre faţa posterioară a corneei şi se ridică către iris.

Zahn observă că după diatermie sau căldură la glob, temperatura sa se ridică cu 5—6 grade, ca apoi să revină rapid la normal după încetarea cauzei.

Autorii şi-au propus să măsoare temperatura tisulară a părţilor principale a ochilor de iepuri. Ei au fost frapaţi de faptul că, deşi corneea are temperatura ceă mai joasă, este totuşi ţesutul unde leziunile specifice se obţin cel mai uşor. Au făcut măsurători pe 12 iepuri sănătoşi şi 12 iepuri cu chetaritâ interstiţială şi palidoidă. Cifrele scoase ne arată diferenţa mare, care există în temperatura diferitelor părţi ale globului ocular. Ele mai confirmă că temperatura corneei se ridică cel mai mult, după ce se închid pleoapele.

Din tablourile cifrelor date de autori rees următoarele concluzii :

1. Temperaturile tisulare ale diferitelor părţi ale ochiului diferă foarte mult dela animal la animal. 2. Faţa anterioară a corneei şi mai precis centrul ei posedă temperatura cea mai joasă. 3. Temperatura părţilor interne se urcă repede plecând dela iris şi sclerotică către retină şi corpul vitros 4 Membranele interne şi mai cu seamă cele externe, cum e corneea, se încălzesc rapid după închiderea pleoapelor. 5. Fiind dată termofobia treponemei palide şi a celei palidoide şi slaba lor rezistenţă „in vivo" la temperatură, explică dece se localizează mai mult la cornee şi foarte rar la ţesuturile interne. Temperaturile joase ale unor ţesuturi cum e corneea, constitue unul din factorii care predispun la înmulţirea germenilor etiologici şi ipertermia reuşeşte să-i distrugă.

N. Covali

Note şi informaţiuni

— Prin I. D. R. publicat în Mon. Of. Nr. 130 din 4 Iunie 1941, d-l profesor *Dr. Iuliu Haţieganu*, a fost numit Rector al Universităţii din Sibiu în conformitate cu dispoziţiunile decretului-lege Nr. 3275, publicat în Mon. Of. Nr. 228 din 30 Sept. 1940, în locul d-lui profesor Sextil Puşcariu.

Prin acelaşi Decret d-l *Dr. Camil Negrea* a fost numit prorectorul Universităţii.

Concursul de medici secundari din Sibiu Seria 1941. In conformitate cu dispoziţiunile Ministerului Sănătăţii concursul de medici secundari în specialităţile medicină internă şi chirurgie au avut loc la Sibiu în zilele de 15 Mai — 1 Iunie 1941. La acest concurs s'au înscris pentru specialitatea medicină internă 30 candidaţi, iar pentru chirurgie 32. Au fost scoase la concurs 55 posturi de medicină internă şi 37 de chirurgie dela Spitalele din Ardeal.

Comisia de examinare pentru medicina internă a fost constituită din: Prof. Dr. Titu Vasiliu, preşedinte, Prof. Dr. Gh. Popovici, Conf. Dr. I. Gavrilă, Dr. L. Ionaşiu, Dr. C. Manta, membri şi Dr. N. Comşa, ca secretar, iar cea pentru chirurgie: Prof. Dr. V. Baroni, preşedinte, Prof. Dr. A. Pop, Prof. Dr. E. Ţeposu, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. O. Filipescu, membri şi I. Râşnoveanu ca secretar.

Toţii candidaţii prezenţi au fost declaraţi reuşiţi.

In ziua de 25 Iunie 1941 la Inspectoratul general sanitar Sibiu, medicii secundari şi-au ales următoarele posturi:

A) *Medicină internă:*

Rădulet Flaviu, la Spitalul Alba-Iulia, Ranca Romul, la Spitalul T. B. C., Aiud, Milota Dumitru, la Spitalul de copii, Arad, Munteanu Iuliu, la Spitalul T. B. C., Arad, Bulzan Gh., la Spitalul Central, Arad, Givulescu Iuliu, la Spitalul Central, Arad, Ştef Traian, la Spitalul, Deva, Sureanu Traian, la Spitalul, Baia de Criş, Micheş Elisabeta, la Spitalul Lugoj, Stoicovici Silviu, la Spitalul, Lugoj, Folly Ioan, la Spitalul Public, Sibiu, Barbu Alexandru, la Spitalul Public, Sibiu, Cadariu R. Smaranda, la Spitalul Public, Sibiu, Dăncilă Ştefan, la Spitalul Public, Sibiu, Micu Ioan, la Spitalul Boli Mintale, Sibiu, Barbu Aurelia, la Spitalul Boli Mintale, Sibiu, Câmpeanu Elvira, la Spitalul Boli Mintale, Sibiu, Mehedinţi Ana Pia, la Spitalul Boli Mintale, Sibiu, Schuster Mihail, la Spitalul din Mediaş, Bărbulescu Pantelimon, la Spitalul, Diciosânmărtin, Pelea Ioan, la Spitalul Turda, Rădăşian Claudia, la Spitalul de copii, Timişoara, Zbegan Lucreţia, la Spitalul de copii, Timişoara, Codreanu Angela la Spitalul Timişoara, Zoran Armand, la Centrul pt. ocrot. copiilor Timişoara, Mircea Lazar, la Centrul pt. ocrot. copiilor Timişoara.

B) *Chirurgie:*

Bâcleşanu Vasile, Spitalul Abrud, Pop I. Pavel, Spitalul Sebeş, Pop Valer, Spitalul de copii Arad, Rădulescu Stela, Obstetrică Arad, Birtolon Mircea, Obstetrică Arad, Vicaş Emil, Spitalul Central Arad, Costina Cornel, O. R. L. Arad, Columb Haralamb, Spitalul Oraviţa, Gamber Osmud, Spitalul Oraviţa, Pereni Coriolan, Spitalul Făgăraş, Stinghe Florin, Spitalul Braşov, Furdul Ioan, Spitalul Deva, Iorga Elena, Spitalul Lugoj, Guţia Valer, Spitalul Sibiu, Kuno Theil, Spitalul Sighişoara, Duca Ioan, Spitalul Sighişoara, Magda Ovidiu, Instit Cancer Sibiu, Brânzeu Pius, Spitalul Timişoara, Lungu Mihail, Spitalul Timişoara, Teşoiu Marin, Spitalul Timişoara, Brazdă Alfred, Spitalul copii Timişoara, Băleanu Mariana Instit. Obstetric Arad, Zbârcea Ioan, Spitalul Braşov, Neamţu Ilie, Instit. Obstetric Timişoara, Posticescu Vasile, Instit. Obstetric, Sibiu.

Examenul dela Şcoala de moaşe din Sibiu. Clinica Ginecologică şi Obstetricală a Universităţii din Cluj-Sibiu are ataşată şi Şcoala de moaşe de sub conducerea d-lui Prof. Grigoriu, directorul Clinicei. Aceasta şcoală de moaşe datorit atenţiunei ce se depune din partea conducerii pentru instrucţiunea elevelor şi-a căpătat de mult faima, de a fi cea mai frequentată şcoală. Şi anul acesta cu toată restriştea vremurilor şcoala a fost frequentată de circa 175 eleve. In sesiunea Iunie elevele anului al II-lea în faţa unei comisiuni la care au luat parte şi reprez. Ministerului Sănătăţii, aproape 100 eleve au fost proclamate moaşe diplomate, care prin pregătirea şi cunoştinţele ce le posedă, vor umple golurile atât de mult simţite în special în mediul rural în combaterea mortalităţii materno-infantile.

Decret-Lege pentru modificarea art. 171 din legea de organizare a Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, publicată în Monitorul Oficial Nr. 269 din 20 Noemvrie 1939.

Art. I. Practica medicală prevăzută de art. 171 alin. 2, din legea pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale nu este cerută pentru ocuparea posturilor de medici secundari la spitalele ce aparţin Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Art. II. Dispoziţiunile art. precedent se aplică şi medicilor cari au cerut înscrierea la concursurile de medici secundari, ce se ţin la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale în luna Mai 1941.

Dat în Bucureşti, la 15 Mai 1941.

Mişcare în personal. Prin Decretul Nr. 1369 din 12 Mai 1941 publicat în Mon. Of. Nr. 155 din 17 Mai 1941 se face următoarea mişcare în corpul medical şi farmaceutic:

D-l Dr. Octavian Puşcariu, inspector general sanitar al serviciilor sanitare de porturi şi puncte de frontieră pe uscat, în Administraţia centrală a Ministerului, se încadrează definitiv inspector general sanitar central, aşa cum i s'a transformat postul prin bugetul exerciţiului anului 1941—1942.

D-l Dr. Popescu Aurel, medic primar, director al Spitalului din Abrud, se transferă definitiv, în baza deciziunii Curţii de Apel din Bucureşti cu Nr. 330 din 1941, în postul de medic primar chirurg al Spitalului „Grecescu" din Turnu Severin.

D-l Dr. Andreoi I. C., medic primar chirurg, director al Spitalului „Grecescu" din Turnu-Severin se transferă în interes de serviciu în postul de medic primar chirurg, director al Spitalului din Abrud.

D-l Dr. Gaiţă Ioan la circ. Bichiş Jud. Severin.

D-l Dr. Barbu Bazil la circ. Sânpaul Jud. Târnava-Mică.

D-l Dr. Puia Aurel, la circ. Mirăslău, Jud. Alba.

D-l Dr. Dumitru Cristea, la circ. Moşniţa Nouă, Jud. Timiş.

D-l Dr. Mateiu Ioan la circ. Secaş, judeţul Timiş.

D-na Ana Ionescu la Depozitul de medicamente din S.

— In baza dispoziţiunilor decretelor-legi cu Nr 3052 din 5 Septemvrie şi Nr. 3072 din 7 Septemvrie 1940. D-l Dr. Simion Ţovaru, docent şi asistent la Facultatea de medicină din Bucureşti, se numeşte definitiv, în conformitate cu art. 2, 3 din decretul-lege cu Nr. 358 din 1941, publicat în Monitorul Oficial cu Nr. 42 din 19 Februarie 1941, în postul de medic primar la Institutul clinico-chirurgical dela Spitalul Colentina, d-sa având peste 10 ani în învăţământul superior, în această specialitate.

D-l Dr. Iosif Stoichiţă, inspector general sanitar, se numeşte definitiv, în conformitate cu dispoziţiunile art. 35 din legea sanitară şi de ocrotire art. 6 din legea pentru organizarea Institutului de seruri şi vaccinuri „Prof. Dr. I. Cantacuzino" şi art. 24 din regulamentul pentru organizarea institutelor de igienă şi sănătate publică, în postul de şef de secţie al Istitutului de Igienă şi Sănătate Publică din Sibiu.

D-l Dr. Cosma Ion medic primar de judeţ, se numeşte definitiv în conformitate cu dispoziţiunile art. 35 din legea sanitară şi de ocrotire art. 6 din legea pentru organizarea Institutului de seruri şi vaccinuri „Prof. Dr. I. Cantacuzino" şi art. 24 din regulamentul pentru organizarea institutelor de igienă şi sănătate publică, în postul de şef de secţie la Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Sibiu.

D-l Dr. Creţu Miron, actual medic primar definitiv al Jud. Tutova, se transferă definitiv în postul de medic primar al Jud. Braşov.

D-na Dr. Papilian Ecaterina, medic stomatolog la spitalul public Sibiu, se transferă definitiv ca medic de dispensar stomatolog la Dispensarul policlinic din Sibiu.

Prin Deciziunea Minist. Nr. 28001 din 21 Iunie 1941, d-l Conf. Univ. C. Bordeianu, licenţiat în farmacie şi doctor în chirurgie a fost delegat pe data deciziunei a îndeplini funcţiunea de director al farmaciilor şi drogheriilor în locul d-lui Pop Corneliu căruia îi încetează însărcinarea pe aceeaşi dată.

Ministerul Muncii Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Noi Ministru, Secretar de Stat la Departamentul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale,

Decidem:

Toate laboratoarele Ministerului trec sub controlul şi conducerea tehnică a institutelor de ştiinţă aplicată din regiunile respective după cum urmează:

1. Laboratoriile din Inspectoratele generale sanitare Iaşi, Suceava şi Galaţi vor fi sub controlul şi conducerea tehnică a Institutului de igienă Iaşi.

2. Laboratoriile din Inspectoratul general sanitar Bucureşti, Craiova şi Constanţa vor fi sub controlul şi conducerea tehnică a Institutului de seruri şi vaccinuri „Prof. Dr. I. Cantacuzino" din Bucureşti.

3. Laboratoriile din Inspectoratele generale sanitare Timişoara, Alba-Iulia şi Sibiu, vor fi sub controlul şi conducerea tehnică a Institutului de Igienă Sibiu.

D-l Director al igienii sociale este însărcinat cu aducerea la îndeplinire a prezentei deciziuni.

Dată la 3 Iunie 1941.

Ministru: *Prof. Dr. P. Tomescu.*
Nr. 20.921.

Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale,

Noi, Ministru Secretar de Stat la Departamentul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale,

Având în vedere necesitatea în scopul îmbunătăţirii asistenţii medicale în mediul rural a înfiinţării de noui circumscripţii sanitare rurale, care au fost prevăzute în bugetul exerciţiului financiar 1941/942;

Având în vedere propunerile făcute de d-nii inspectori generali sanitari în şedinţa dela 22 Mai a. c.,

Decidem:

Se înfiinţează pe data publicării în Monitorul Oficial următoarele circumscripţii sanitare rurale:

Jud. Alba: circ. Daia Română şi circ. Căptălan. Jud. Hunedoara: circ. Bucegi, circ. Rapoltul Mare, circ. Botiz şi circ. Podeşti. Jud. Bihor: circ. Curăţele şi circ.

Zece Hotare. Jud. Arad: circ. Sintea Mare şi circ. Comlăuş. Jud. Caraş: circ. Pojejena de jos. Jud. Severin: circ. Mărul şi circ. Bara. Jud. Timiş: circ. Gilaf şi circ. Secaş. Jud. T-va Mică: Deaj şi circ: Sâlcud. Jud. Dolj: circ. Gogoşiţa şi circ. Predeşti. Jud. Mehedinţi: circ. Gogoşi şi circ. Cireşi. Jud. Vâlcea: circ. Stoeneşti, circ. Ioneşti şi circ. Prundeni. Jud. Romanaţi: circ. Rotunda şi circ. Mărgăriteşti. Jud. Olt: circ. Casa Veche. Jud. Gorj: circ. Valea lui Câine şi circ. Pojaru. Jud. Argeş: circ. Albeşti. Jud. Muscel: circ. Drăghici. Jud. Prahova: circ. Starchiojd. Jud. Constanţa: circ. Dumbrăveni. Jud. Brăila: circ. Traian Sat. Jud. Covurlui: circ. Smârdan. Jud. Buzău: circ. Zărneşti şi circ. Vadul Paşii. Jud, Iaşi: circ. Gropniţa şi circ. Glăvăneşti. Jud. Bacău: circ. Dărămăneşti. Jud. Vaslui: circ. Tanci, circ. Ciorteşti şi circ. Tibana. Jud. Neamţ: circ. Răsboeni şi circ. Hangu. Jud. Roman: circ. Oţeleni şi circ. Giurgeni. Jud. Baia: circ. Horodniceni. Jud. Botoşani: circ. Albeşti. Jud. Rădăuţi: circ. Rogojeşti.

Toate aceste circumscripţii vor avea Sediul în comunele cu acelaşi nume.

Domnul Director al Igienii Sociale este însărcinat cu aducerea la îndeplinire a prezentei deciziuni.

Dată la 6 Iunie 1941.

Ministru: *Prof. Dr. P. Tomescu.*
Nr. 22.151.

Posturi vacante. Prin Monitorul Oficial Nr. 144 din 21 Iunie 1941, se aduce la cunoştinţă generală că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar al Maternităţii şcolii de moaşe, Bucureşti;

Chimist-şef cl. I, la Laboratorul de chimie de pe lângă Serviciul Sanitar al Municipiului Bucureşti;

Medic al oraşului Huşi, jud. Fălciu.

D-nii medici şi chimişti care îndeplinesc condiţiunile legale si doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela data inserării prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial.

In cuprinsul Inspectoratului General Sanitar Sibiu se află vacante următoarele posturi de personal sanitar auxiliar:

Agenţi sanitari:

1 post de ag. sanitar la Serv. Sanit. al oraşului Mediaş,

2 posturi de ag. sanitari la Serv. Sanit. al judeţului Făgăraş,

3 posturi de ag. sanitari la Serv. Sanit. al judeţului T-va Mare,

1 post de ag. sanitar la Serv. Sanit. al oraşului Sighişoara,

2 posturi de ag. sanitari cu 2 gr. la Serv. Sanit. al jud. T-va Mică,

1 post de ag. sanitar fără gr. la Serv. Sanit. al jud. T-va Mică,

1 post de ag. sanitar fără gr., Echipa de Desinfecţia Braşov.

Infirmiere:

1 post de infirmieră la Serv. sanitar al oraşului Făgăraş,

1 post de infirmieră la Ambulatorul Policlinic Sibiu,

3 posturi de infirmieră la Spitalul de Stat Târnăveni,

3 posturi de infirmieră la Institutul de Cancer Sibiu.

1 post de infirmieră la Spitalul de Stat Sighişoara.

1 post de infirmieră la Dispensarul medical Făgăraş.

Laboranţi:

1 post de laborant cl. II-a la Laborat. de Igienă Sibiu,

1 post de laborant cl. V-a la Ambulatorul Policlinic Sibiu,

1 post de laborant cl. IV-a la Spitalul public Sibiu,

1 post de laborant cl. V-a la Institutul de Cancer Sibiu.

Surori de caritate:

1 post soră de caritate la Preventoriul Şanţuri, jud. Brasov,

2 posturi surori de caritate la Centrul de Ocrotire, Târnăveni,

1 post soră de caritate la Dispensarul Policlinic, Braşov.

Doritorii de a ocupa aceste posturi care îndeplinesc condiţiunile legale, vor face cereri prin Serviciile Sanitare sau spitalul respectiv, adresate acestui Inspectorat.

† Doctorul Eugen Russu

1882—1941

In ziua de 23 Martie 1941 s'a stins din vieaţă doctorul Eugen Russu, medic primar şi director al Sanatorului de tuberculoză din Geoagiul de jos. Pentru toţi cei ce l-au cunoscut — colegi sau bolnavi — dispariţia lui înseamnă o dureroasă pierdere, fiindcă el a fost deopotrivă de apreciat, atât pentru calităţile sale de om, cât şi pentru cele de medic specialist.

Născut în Şăulia de Câmpie, jud. Mureş, dintr'o familie de preoţi, Eugen Russu şi-a făcut studiile medicale la Viena, lucrând câtva timp după terminarea

lor, în clinicile universitare de acolo. Apoi a intrat ca medic activ în armata austro-ungară. Pentru specializare în medicina internă a fost trimis la Berlin şi în 1912 a preluat, cu gradul de medic căpitan, conducerea secţiei de boli interne a spitalului militar din Sibiu. A participat la războiul mondial cu gradul de medic maior şi locotenent-colonel, conducând mai multe spitale de campanie de boli interne.

Trecut după unire în armata română, a condus, din 1919 până în 1922 spitalul militar din Sibiu. In acest an a fost numit medic primar-director al Sanatorului de tuberculoză Geoagiu. Aci a muncit el până în 1941, dând dovadă de mare talent de organizare, de-o conştiinciozitate şi un spirit de abnegaţie care au stârnit admiraţia tuturor celor care l-au cunoscut.

Intre împrejurări foarte deficile, cu bugete de mizerie, lovindu-se mereu de indiferenţa cu care oficialitatea noastră a tratat până de curând problema tuberculozei, doctorul Russu a izbutit totuşi să-şi organizeze un serviciu sanatorial modern, pe care l'a amplificat dela 120 la 250 paturi.

Tot timpul său şi l-a închinat exclusiv îngrijirii bolnavilor, stând aproape două decenii izolat în pădurea dela Geoagiu, multă vreme fără medic secundar. Cu ocazia unei vizite pe care i-am făcut-o prin anul 1928, am rămas adânc impresionat văzând cum acest om deja aproape de 50 de ani, depune o muncă care în mod normal ar fi necesitat 3 sau 4 medici. Examenul fizic al bolnavilor, vizitele zilnice, examinările radioscopice, tratamentul, analizele de laborator şi clişeele radiografice, toate le făcea doctorul Russu singur, muncind până noapte târziu. El mai găsea totuşi şi timpul necesar pentru supraveghierea administraţiei şi pentru a se ţine la curent cu progresele ftiziologiei. Toată această intensă activitate era desfăşurată în tăcere, cu o admirabilă discreţiune, întâlnită numai la medicii dotaţi cu un mare spirit de jertfă. Ca toţi aceştia doctorul Russu avea o adevărată oroare de orice publicitate în jurul persoanei sale.

Am avut plăcerea să-l cunosc mai de aproape cu ocazia cursurilor de perfecţionare în tuberculoză pe care le-a organizat clinica Medicală I din Cluj şi la care a participat totdeauna. In discuţiile pe care le-am avut cu el asupra preocupărilor noastre comune, m'am putut convinge despre marea sa experienţă şi minunatele sale calităţi de om şi medic. Din relatările numeroşilor noştri pacienţi comuni ce veneau dela Geoagiu la Cluj pentru anumite examinări sau tratamente mai complicate, am putut cunoaşte nesfârşita sa bunătate şi răbdare faţă de suferinţele tuberculoşilor săi, cărora le-a fost un adevărat părinte, veşnic gata să ajute şi să ierte chiar şi pe cei ce au abuzat de dânsul. Căci — spre ruşinea lor — s'au găsit şi de aceştia. Din cauza sistemului păcătos ce dăinueşte încă la noi în privinţa internării bolnavilor în sanatoriile statului, care nu se fac, pe baza unei indicaţii medicale precise, de către directorul sanatorului, ci după criterii foarte puţin ştiinţifice de birourile Ministerului, şi la Geoagiu ca şi în alte instituţii similare, au existat mereu elemente nedisciplinate şi a căror stare sanitară nu justifica prezenţa lor acolo. După urma acestora doctorul Russu a avut multe de îndurat. Este regretabil că forurile sanitare superioare n'au avut discernământul şi delicateţa să-l scutească pe acest om, care a fost corectitudinea şi blândeţea întrupate, de şicanele şi anchetele deslănţuite de aceste elemente de rea credinţă. Toate învinuirile ce i s'au adus din partea lor s'au dovedit de fiecare dată neîntemeiate, dar cu toate că doctorul Russu avea conştiinţa liniştită a omului care şi-a făcut mai mult decât datoria şi seninătatea unui psichic robust, în ultimul timp i s'a adunat amărăciunea în suflet.

Nu este de mirare dacă în anii din urmă sănătatea lui s'a resimţit după atâtea eforturi. Ar fi putut să se retragă şi să şi-o îngrijească. A preferat însă să muncească până ce-a căzut la datorie având abia 59 de ani. Viaţa lui a fost un exemplu, din care ftiziologii generaţiilor mai tinere au multe de învăţat.

L. Daniello.

† Dr. Vasile Magda

1913—1941

La datorie, la unitatea sa, în dubla calitate de medic şi ostaş, aşa la găsit moartea fulgerătoare pe Doctorul Vasile Magda.

Moarte de medic. Expus atâtor posibilităţi de contaminare, medicul pare totuşi ferit. Dar contagiunea trecută neobservată îi lasă totuşi urme care se adună şi în plină activitate şi în sănătate aparentă perfectă, cade ca lovit de trăsnet.

Tânăr, la vârsta de abia 28 de ani, Vasile Magda se impusese totuşi ca unul dintre cei mai valoroşi medici ai generaţiei sale. Calităţile sale excepţionale i-au fost remarcate încă de pe băncile şcolii, iar cunoştin-

ţele sale temeinice, seriozitatea şi modestia sa, i-au adus dragostea şi admiraţia colegilor şi aprecierea profesorilor.

Dar el nu a râvnit la nicio situaţie, nu a căutat niciun avantaj şi când, după terminarea stagiului militar în Basarabia, a căutat un rost în viaţă, a cerut Ministerului Sănătăţii să-l utilizeze unde este nevoie, indiferent de localitate şi indiferent de post.

Dr VASILE MAGDA

Aşa a ajuns într'unul din acele posturi de sacrificiu, medic al Secţiei de Boli Contagioase la Spitalul din Oradea, unde, îngrijind tifici şi scarlatinoşi, difterici şi exantematici, s'a devotat cu totul lor şi studiului bolilor contagioase. Cu spiritul său fin de observaţie, cu judecata sa clară şi cu ponderea într'adevăr ştiinţifică, a cules şi a transformat în interesante concluzii, date referitoare mai ales la evoluţia clinică şi terapeutica bolilor contagioase, date din care o parte le-a şi publicat în revistele medicale.

Când însă au început concentrările, a ştiut să renunţe la preocupările ce-l pasionau şi indentificându-se complet cu nevoile unităţii sale, a devenit folositor acolo nu numai ca medic, ci a îndeplinit şi grele misiuni, pe care au onoarea să le primească numai ofiţerii activi de front. Şi s'a văzut cu prisosinţă, în el, fiul de general, deşi el nu a spus acest lucru niciodată.

Cu toată munca asiduă ce mereu o presta, găsea încă momente libere să citească filosofie, să-şi lămurească probleme de migăloasă tehnică şi să se ocupe cu multă râvnă de botanică şi agronomie.

Plecarea lui aşa de timpurie ne îndurerează nu numai pe fiecare în parte, ci o simţim ca pierderea unuia dintre cei mai valoroşi tineri pe care a ştiut să-i dea Ardealul şi Ţara spre a le cinsti.

Dumnezeu să-l odihnească!

Indureratei Familii îi transmitem cele mai adânc simţite condoleanţe.

Dr. A. Ciplea.

Bibliografie

Din sumarul revistelor streine primite la redacţie

Wiener Klinische Wochenschrift. Nr. 19. 9 Mai 1941.

Die Bedeutung der Pyelographie für die urologisch-chirurgische Diagnostik: Deuticke P.

Behandlung der Knopchenbrüche durch den praktischen Arzt: Böhler L.

Sport und Ernährung: Lapp F. W.

Über die erweiterte Indikation zur Gausschen Kopfschwartenzange: Tasch H.

Nr. 20 vom 16 Mai 1941.

Chirurgische Schäden beim Sport: Breitner B

Sport-und Kieferverletzungen: Mathias H

Die Vererbung der angeborenen Unter Lippengrübchen (gemeinsam mit Oberkieferspalten) Trauner R.

Die Therapie der Binnenverletzungen des Kniegelenkes: Bartsch G. H.

Zur Therapie der Hyperthreosen mit Magnesiumglutaminat: Puhl H.

Nr. 21 vom 23 Mai 1941.

Zur Frage des Ausgleiches geschädigter Funktionen im Zentralnervensystem: Albrecht O.

Ein Arachnoidealsarkom mit umschriebenem Tumorknoten an verschiedenen Abschnitten des Zentralnervensystem: Gagel O.

Die Pathophysiologie des Blutjodspiegels: Parade G. W.

Eine neuartige Behandlungsform der Erosion: Posatti F.

Zur Chemotherapie der Gonoblennorrhoe Neugeborener: Schreiner K.

Die Vererbung der angeborenen Unterlippengrübchen (gemeinsam mit Oberkieferspalten ; Nachtrag): Trauner R.

Ueber Reihenuntersuchungen und ihre Ergebnisse. III. Bericht: Meller J. und E. Risak.

Nr. 22. 30 Mai 1941.

Ueber stumpfe Bauchverletzungen: Denk W.

Die chirurgische Behandlung der peripheren Gefässerkrankungen: Winkelbauer A.

Zur Röntgennahbestrahlung der Epitheliome: Zdansky E und J. Konrad.

Nr. 23. 6 Iuni 1941.

Muskel- und Sehnenschäden beim Sport: Lange M.

Ein Fall von otogener Sinusthrombose: Mayer O.

Die Behandlung der Fazialislähmung: Kowarschik J.

Diphlogen als feuchtwarmer Dauerumschlag bei Entzündungen: Breuer A.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 22. 30 Mai 1941.

Nachsorge für Zuckerkranke (Schluss folgt): Betram u. Bünger

Ein Beitrag zur Therapie der leberrefraktären perniziösen Anämie: Buding.

Ueber Hypotrothrombinämie, Blutungsbereitschaft und Hämoptoe bei Lungentuberkulose und ihre Beeinflussung durch Vitamin K.: Bauer.

Beitrag zur Diagnostik des Lupus erytematodes acutuc: Thelen.

Ueber die Funktion einer rupturierten Niere: Sarens.

Zeitschrift für Aertzliche Fortbildung. Nr. 7. 1 April 1941.

Wehrdienstbeschädigung, Arbeitsverwendungsfähigkeit, Versehrtheit nach dem Wehrmachtsfürsorge- und -versorgungsgesetz, Ein- und -Umschulung zur Einreihung in den Arbeitsprozess im Rahmen der Wehrmachtärztlichen Gutachtertätigkeit: Oberfeldarzt Dr. Rühe.

Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Herz- und Gefässkrankheiten: Dr. Georg Groscurth.

Kropf- und Kropfbekämpfung in der Schweiz: Dr. Paul Lauener.

Behandlung des Pruritus ein auf Grund der Erfahrungen am eigenem Körper: San. Rat A. Trantenroth

Nr. 8 vom 15 April 1941.

Blutstillung und Blutersatz: Prof. A. Beck.

Die achylische Chloranämie oder essentielle hypochrome Anämie: Prof. Dr. Werner Schultz.

Die Beurteilung der Kreislaufleistung: Prof. Dr. H. W. Knipping.

Urologisch-diagnostische Ratschäge für den praktischen Artz: Prof. Dr. K. Boshamer.

Nr. 9 vom 1 Mai 1941.

Die Versorgung der nervenverletzten Soldaten; (I. Teil): Prof. Dr. Paul Vogel.

Innere Sekretion und Chirurgie mit Ausnahme der Schilddrüse. Prof. Dr. Hans Löhr.

Schilddrüse und Schwangerschaft: Prof. Dr. W. Benthin.

Die Pflege der normalen Haut: Dr. Hartmann.

Behandlungserfolg bei Puerperalsepsis: Dr. J. O. Leisner.

Nr. 10 vom 15 Mai 1941.

Die Versorgung der nervenverletzten Soldaten (Schluss): Dr. Paul Vogel.

Psychiatrische Probleme der Gegenwart: Dr. Robert Gaupp.

Geschosswanderung: Prof. Paul Rostock.

Praktische Krebsbekämpfung und Probeexzision: Profesor Ostertag.

Ueber die Tularämie: Reg. Rat Dr. E Henninger.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Nr. 21 vom 24 Mai 1941.

Klinische und hämatologische Beobachtungen bei Purpura Majocchii: A. Schoch.

Contribution a l'etude de l'action de la Lactoflavine sur la resorption intestinale des sucres: F. Scicleunoff et P. Alphonse.

Die Bedeutung der Serumreaktion mit Mayem'scher Lösung im Vergleich zur Takatereaktion: Andreas Vischer.

Die perorale Behandlung der Impetigo contagiosa mit Sulfanilamidothiazol (Cibazol).: W. Burckhardt.

Behandlung des Gasbrandes mit ionisiertem und ozonisiertem Wasserdampf (Ionozon): G. Neff.

Die Benzidinprobe beim Ulcus ventriculi und duodeni: Bruno Klein.

Nr. 22 vom 31 Mai 1941.

Ein Beitrag zur Kenntnis der sogenannten idiopathischen Choledochuszyste: J. Bangerter.

Elektrokardiogrammveränderungen beim Ikterus: Max S. Meier.

Contributions a la Physiologie et Pathologie des globules rouges: Camille Dreyfus.

Die normale Kapillarfragilität beim Menschen. Eine neue Methode zu ihrer Bestimmung: Antenor Tey.

Ueber messende Untersuchungen der Wirkung antineuralgischer Präparate auf das Hautsinnesorgan beim Menschen: E Grünthal.

Une methode simple et pratique d'exploration de la fonction ureosecretoire du rein: le rapport ureique hemato-urinaire de Cottet: Robert Junet et Gilbert Meyrat.

Lymphosarkom und Ernährung mit bestrahlter Trockenmilch: W. Hiffmann.

Nr. 23 vom 7 Iuni 1941.

Zur Frage der Beurteilung und Behandlung der Neurotiker im Aktivdienst: R. Brun.

Psychohygiene in vorderer Linie: M. Boss.

Therapeutische Probleme im Rahmen der psychiatrischen Bertaungsstelle der Militärsanitätsanstalt: Kurt Binswanger.

Vitamin C und Armeesport: Heinz Brunner.

Richtlinien für die Fremdkörper-Lokalisation und- Entfernung bei Kriegsverletzungen: A. Zuppinger.

Die Drahtgitter Kinnkappe: W. Roos.

Un cas d'arrachement bilateral de l'epine iliaque ant. inf.: Willy Bachmann.

Zur Psychologie des Diensttrotzes: Th. Bovet.

Die Medizinische Welt. Nr. 18 vom 3 Mai 1941.

Sollen unsere Kriegsverletzten heute noch „zandern" und „pendeln"?: Stabsarzt Prof Dr. Frosch.

Fehler und Gefahren bei Einspritzungen: Dr. R. Goldhahn.

Beziehungen zwischen Lungen- und Hauttuberkulose: Dr. K W. Kalkoff.

Bemerkungen zu vorstehender Arbeit: Dr. G. Schöder.

Nr. 19 vom 10 Mai 1941.

Die internistische Behandlung der Hyperthireosen und des Morbus Basedow: Prof. Dr. H. Bernhardt.

Fehler und Gefahren bei Einspritzungen (Schluss): Dr. R. Goldhahn.

Katatone Psychosen bei Hyperthyreosen: Dr. W. Julius.

Die Behandlung des Erythematodes mit kleinen Ulirongaben: Dr. Herfeld.

Ueber angeborene Lues der zweiten und dritten Generation: Dr. Janson.

Die Medizinische Welt. Nr. 20 vom 17 Mai 1941.

Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit: Prof. Dr. H. Flörcken.

Ueber Addisonymptome bei subakuten und chronischen Polyarthritiden: Prof. Dr. H. Curschmann.

Die Pseudarthrosen der langen Röhrenknochen und ihre Behandlung: Prof. Dr. Rostock

Nr. 21 vom 24 Mai 1941.

Hautkrankheiten im Kriege: Prof. Dr. E H. Brill.

Die Tuberkulose der Harnorgane und ihre Behandlung: Prof. Dr. H. Rubritius.

Vorbeugung von gewerblichen Hauterkrankungen durch die neuzeitlichen „Satina"-Hautreinigung -und Pflegemittel: Reg. Med. Rat Dr. E. Lederer.

Nr. 22 vom 31 Mai 1941.

Zur Behandlung der Meningitis epidemica (I): Prof. Dr. R. Mark.

Die Geburtsverletzungen der Frau, ihre Vermeidung und Behandlung: Obermed. Rat Dr. E Puppel.

Die Eigenblutübertragung in ihrer allgemeinen Bedeutung, besonders aber als Prophylaxe der Apoplexie bei Hypertonie, Arteriosklerose und Syphilis: Med. Rat Dr. W. Kühn:

Die Myopie und ihre Bedeutung für das Sehorgan: Prof. Dr. H. Schulz.

Fortschritte der Medizin. Nr. 8 vom 11 April 1941.

Die therapeutische Verwendung wichtiger Drogen der Volksmedizin in der täglichen Praxis: Dr. med Hans Braun.

Zur Frage der Einsparung von Iod: Dr. med. G. Slannia.

Nr. 9. vom 25 April 1941

Blut- und Wurmerkrankungen: Dr. med. Magda Braun-Stappenbeck.

Die therapeutische Verwendung wichtiger Drogen der Volksmedizin in der täglichen Praxis: Dr. med. Hans Braun.

Nr. 10–11 vom 9 Mai 1941.

Der Koronarinfarkt und seine Behandlung: Dr. med Magda Braun-Stappenbeck.

Erfahrungen mit Valeriana-Digitalysatum Bürger: Dr. med. Slannia.

Die therapeutische Verwendung wichtiger Drogen der Volksmedizin in der täglichen Praxis: Dr. med. Hans Braun.

Der Landarzt Nr. 20 vom 14 Mai 1941.

Das Lungenemphysem und die Behandlung insbesondere des kompensierten und leicht dekompensierten Emphysems: Obersanitätsrat Dr. Joh. v. Szaboky.

Betriebliche Gesundheitskontrolle durch eine planvolle Krankheits- und Unfallstatistik: Dipl. Volkswirt Dr. jur. W. Schnatenberg.

CHLORO-CALCION

Laboratoires MICHELS – 4 bis, rue du Colonel Moll, PARIS.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT

ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚI-VECHI Nr. 1, BUCUREȘTI 3

Redacționale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 6 pagini de revistă. Costul tiparului peste 8 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelor privește pe autori.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 400. Pentru autorități 600 Lei. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Casierul Revistei este d-l Dr. O. Fodor.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

1 pagină odată 3.000, 3 ori 8.000, 6 ori 15.000, 12 ori 25.000 Lei
1/2 „ „ 2.000, „ 5.000, „ 8.000, „ 15.000 „

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.
Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.
Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%

Neptal

DIURETIC MERCURIAL

cu acţiune puternică şi rapidă

INDICAŢII

PREGĂTIREA LA MEDICAŢIA TONI-CARDIACĂ

A REVĂRSĂRILOR DE ORIGINĂ CARDIO-RENALĂ

RESORBIREA REVĂRSĂRILOR PERITONEALE

REDUCEREA EDEMELOR ŞI

NEPTALUL CONSTITUE DEASEMENEA O MEDICAŢIE ANTISIFILITICĂ ELECTIVĂ A CARDIO-AORTITELOR

în injecţii intramuşchiulare intraperitoneale sau intravenoase.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

Propaganda Medicală: „Specia", Strada Anastasie Simu 6 - Bucureşti

Anul I. Nr. 7. Iulie 1941.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu Inspectoratului General Sanitar Sibiu şi al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:
Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacţie:
Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACŢIE:
Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Haţieganu, Dr. L. Ionaşiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiţia, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Ţeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj—Sibiu, str. Haller Nr. 1
Telefon 45

SUMARUL:

Articole ştiinţifice:

Prof. Dr. Grigore Benetato şi N. Munteanu: Acţiunea injecţiilor intrahypotalamice de acetyl-cholină asupra activităţii hipofizare . . . . . Pag. 205

Dr. Aurel Moga şi Dr. Cornel Meţianu: Contribuţiuni la studiul electrocardiogramei în pericardită . . . . . „ 210

Conf. Dr. I. Gavrilă: Consideraţiuni asupra febrei tifoide în Spitalul Epidemic din Cluj în anii 1935—1940 . . . . . „ 217

Dr. Sextil Rusu: O complicaţie a pleurolizei: sindromul Claude Bernard-Horner . . „ 222

Probleme terapeutice:

Dr. I. Daniel şi Dr. S. Schiau: Criogenina în tratamentul febrei tifoide . . . . . „ 224

Probleme sanitare şi de ocrotire:

Dr. Liviu Tăutan: Sifilisul în circumscripţia Sălciua de jos . . . . . „ 227

Dr. I. Ardelean şi Dr. T. Ilea: Epidemia de febră tifoidă din comuna Galeş, jud. Sibiu din Ianuarie—Februarie 1941 . . . . . „ 228

Probleme sociale:

Dr. Liviu Modran: Leprozeria din Tichileşti . . . . . „ 233

Societăţi medicale:

Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu . . . . . „ 237

Revista cărţilor . . . . . „ 241

Istologie şi tehnică microscopică de *Prof. Dr. I. Drăgoiu.* — Producerea de febră artificială prin raze ultrascurte — Ipertermie prin ultrascurte (Künstliche Fiebererzeugung mit Kurzwellen — Kurzwellen Hyperthermie) de *Doc. Dr. Ernst Raab.* — Istoria ftiziei (Die Geschichte der Schwindsucht) de *Dr. med. Richard Bochalli.* — Orientarea profesională a deficienţilor auriculari de *Dr. Gabriel Cotul.*

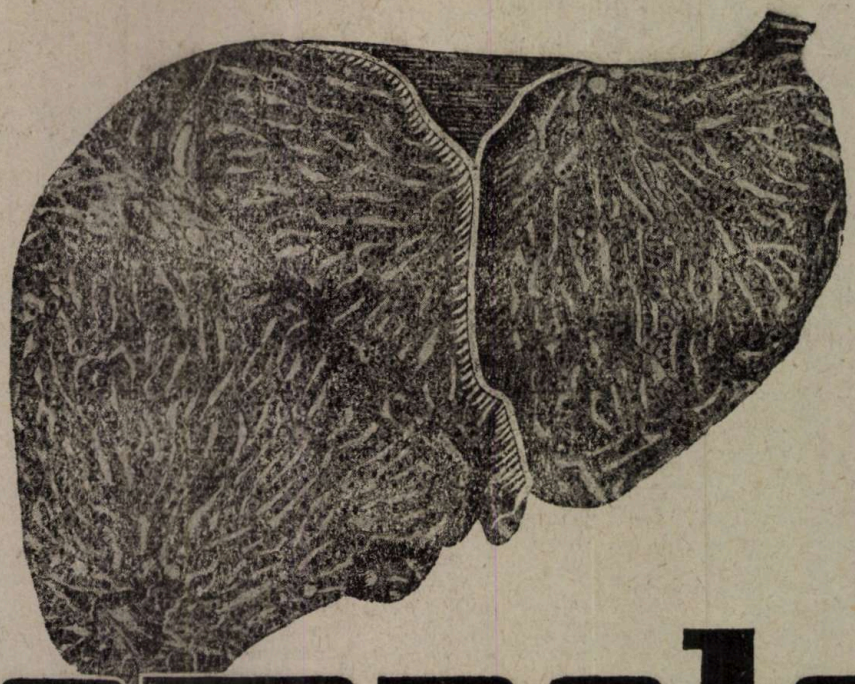
Revista revistelor . . . . . „ 243

Note şi informaţiuni . . . . . „ 247

Numiri şi transferări la Ministerul Sănătăţii. — Inscrierile pe anul I la Fac. de Med. Cluj-Sibiu. — Noui doctori în Medicină. — Dispoziţiuni pentru studenţii în Medicină mobilizaţi la Spitale.

Bibliografie . . . . . „ 250

Inscrisă la Tribunalul Sibiu, Secţia II-a, sub Nr. Fl. 47/1941. — Tipografia „DACIA TRAIANĂ“ S. A., Sibiu



Campolon

Extract de ficat injectabil cu efect puternic.

Pentru tratamentul anemiei pernicioase și al tuturor anemiilor de etiologie neprecisă.

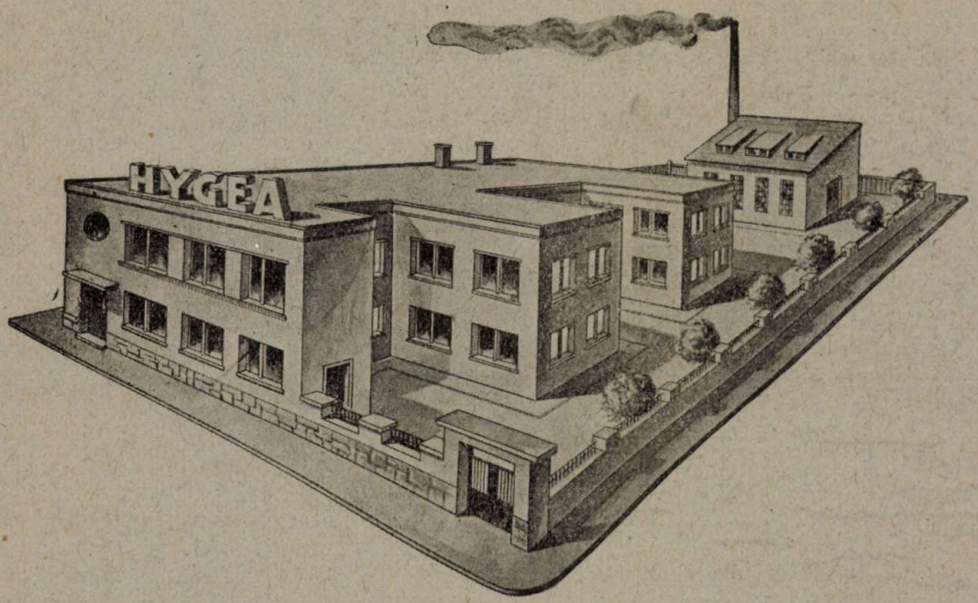
Ambalaje originale:

5 și 25 fiole de 2 cmc.; 3 și 15 fiole de 5 cmc.; flacon cu 10 cmc.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R., București I, Str. Brezoianu 53. Telefon: 3-92.86.



CLUJ

MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-aethanol-dioxybensol-formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor parazitare

SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. phoeniculi
Ol. menthae

**Gastrite,
Gastro-enterite
Intoxicaţiuni alimentare,
Constipaţii**

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfamido-chrisoidină
0,10 p-Aminobenzen-sulfamidă

**Septicemii
Boli infecţioase**

HYGEA

HYGEA, S. A. R. CLUJ

FABRICĂ PENTRU PRODUSE CHIMICE ŞI FARMACEUTICE

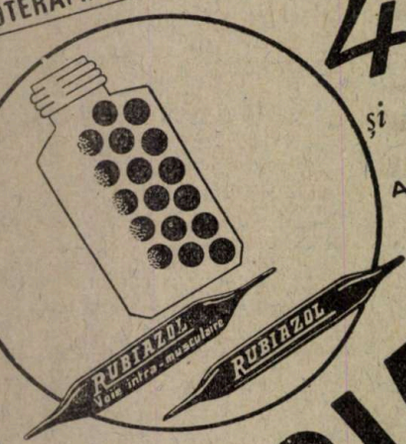
BUCUREŞTI, Splaiul Unirii 127

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCIILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CĂ



RUBIAZOL

COLORANT AZOIC

este

CEL MAI ACTIV și COMPLECT ATOXIC

DOZA ZILNICĂ

6-12 comprimate

2-3 fiole

LABORATOIRES Dr ROUSSEL-PARIS

Eşantioane Medicale şi literatură la:

Reprezentanţa generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREŞTI, III

Telefon 221.38

Anul I. Iulie 1941 Nr. 7

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Acțiunea injecțiilor intrahypotalamice de acetyl-cholină asupra activității hipofizare

de

Prof. Dr. Grigore Benetato și **N. Munteanu**, asistent

Transmiterea chimică a influxului a fost demonstrată de *Loewi*, *Cannon* și *Bacq*[1] pentru terminațiunile nervoase simpatice și parasimpatice, iar mai târziu de *Kibjacow*[2] și pentru sinapsele neuro-neuronale din ganglionii simpatici. In ultimii ani problema transmiterii chimice a fost pusă și pentru sinapsele nervoase din axul cerebro-spinal.

Astfel cercetările noastre din 1936,[3] confirmate mai târziu de către *Chauchard*, au arătat că excitarea capătului central al vagului dă naștere la o substanță acetyl-cholinică, al cărei surplus poate fi pus în evidență în sângele eferent al bulbului, recoltat din vâna jugulară internă. Injectat în artera carotidă, acest sânge reproduce efectele asemănătoare acelora obținute prin excitarea centripetă a vagului.

Constatările de mai sus ne-au permis să presupunem că transmiterea influxului nervos de pe neuronii sensitivi asupra celor de reacție din bulb, se face prin intermediul acetyl-colinei.

Continuând cercetările noastre în această direcție, noi ne-am propus să studiem și mecanismul de transmitere a influxului la nivelul centrilor organo-vegetativi din regiunea hypotalamică.

Primele experiențe[4] ne-au arătat că excitarea faradică directă a regiunii hypotalamice este însoțită de eliberarea unei substanțe acetyl-cholinice, al cărei surplus poate fi pus în evidență în sângele eferent al creerului, recoltat din sinusul longitudinal superior sau din vena jugulară internă.

In cercetările care au urmat am căutat să precizăm dacă acetyl-cholina și în cazul centrilor organo-vegetativi din hypotalamus îndeplinește condițiunile cerute unui mediator chimic, adecă dacă este în stare să reproducă efectele asemănătoare acelora obținute prin excitarea directă a centrilor nervoși.

Se știe că centrii hypotalamici exercită o acțiune de stimulare asupra centrilor organo-vegetativi din protuberanță, bulb și măduvă și în același timp stimulează funcțiunea hipofizei.[5]

Excitarea regiunii hypotalamice declanșează o serie de reacțiuni simpatice sau parasimpatice generalizate (hipertensiune, lărgirea deschizăturii palpebrale, midriază și hipotensiune, golirea vezicei urinare și exagerarea peristaltismului intestinal și gastric) și în același timp determină o hiperproducție de hormoni hipofizari (oxitocic, antipoliuric, melanoforotrop și eritroforotrop).

Reacțiunile organo-vegetative de mai sus pot fi obținute atât prin excitarea directă, cât și prin cea reflexă a hypotalamusului (excitarea centripetă a sciaticului la câini hypotalamici) și chiar prin excitarea scoarței cerebrale.

După cum se vede, la nivelul hypotalamusului se produce o adevărată întricare a sistemului nervos al vieții de relație cu sistemul de coordonare organo-vegetativ și endocrin.

Prin intermediul regiunii hypotalamice atât excitațiile periferice viscerale și somatice, cât și cele centrale, psihice, se răsfrâng asupra sistemului organo-vegetativ și endocrin, traducându-se printr'o serie de reacțiuni organo-vegetative și endocriniene generalizate.

Rezultatele cercetărilor noastre ne-au permis să concludem că acetyl-cholina introdusă în substanța nervoasă din regiunea hypotalamică este în stare să reproducă unele efecte asemănătoare acelora obținute prin excitarea directă a acestei regiuni. Astfel injectată în partea posterioară a hypotalamusului, ea produce uneori

creşterea presiunii sanghine, iar introdusă în partea anterioară a regiunii hypotalamice (porţiunea preoptică şi supraoptică) ea determină în mod regulat scăderea presiunii sanghine. Scăderea presiunii sanghine în urma injecţiilor intrahypotalamice nu poate fi datorită acţiunii periferice a acetyl-cholinei, chiar dacă am presupune că o parte din substanţa injectată în ţesutul nervos ar trece în circulaţie, întru cât dozele întrebuinţate de noi au fost extrem de mici (0,007γ — 0.03γ).

In lucrarea de faţă, pentru a completa cercetările noastre anterioare, noi ne-am propus să studiem acţiunea injecţiilor intrahypotalamice de acetyl-cholină asupra funcţiunei hipofizare, determinând puterea oxitocică a lichidului cefalo-rachidian şi a sângelui vânos şi arterial recoltat înainte şi după administrarea de acetyl-cholină.

Tehnică

Experienţele noastre s'au făcut pe câini, anesteziaţi cu paraldehidă (1,2—1,5 cc. pe 1 kg. de animal).

Descoperirea hypotalamusului s'a făcut după tehnica lui *Karplus-Kreidl.*[4]

Injecţiile intrahypotalamice de acetyl-cholină au fost făcute totdeauna în partea anterioară a regiunii.

S'au întrebuinţat în toate experienţele o soluţie de acetyl-cholină 1.10-⁴ din care s'a injectat 0,3 cc., adecă 30γ de substanţă.

Recoltarea materialului de analiză a fost făcută după descoperirea hypotalamusului, înainte şi la 1ʰ —1ʰ,30' după administrarea acetyl-cholinei.

Lichidul cefalo-rachidian a fost recoltat prin puncţia membranei occipito-atlantoidiene, iar sângele din vâna jugulară şi din artera carotidă comună.

Determinarea puterii oxitocice a serului şi a lichidului cefalo-rachidian s'a efectuat pe uter de cobăiţă virgină, cu metoda preconizată de *Kehrer* şi perfecţionată de *Dale-Laidlaw.*

Ca lichid de suspensie pentru uter s'a întrebuinţat soluţia *Locke-Ringer* a lui *Dale-Laidlaw*, care după constatările lui *Sawasaki* spre deosebire de soluţiile *Ringer* şi *Tyrode* nu provoacă contracţiile spontane ale uterului şi nici nu oboseşte muşchiul uterin, cum face soluţia *Kochmann.*

Aparatura necesară titrării a fost instalată după schema arătată de *Reiss.*[7]

Cantitatea de lichid în care s'a făcut suspensia uterului a fost de 10 cc., iar capacitatea vasului de suspensie de 15 cc.

Pentru a evita excitarea inutilă şi alterarea uterului, spălarea organului nu s'a făcut prin golirea vasului, ci prin dislocarea lichidului vechiu prin cel proaspăt.

Aerisirea lichidului de suspensie s'a făcut cu aer încălzit la 37,5⁰ şi filtrat printr'un vas spălător cu CO_3HNa 2%.

Ca soluţie Standard cu care s'a comparat puterea oxitocică a materialului recoltat de noi s'a întrebuinţat „Hypophysin" *Bayer* în diluţie de 1:300 (1 Unitate Voegtlin la 100 cc. de soluţie), din care 0,05—0,3 cc. provoacă contracţiuni puternice ale uterului de cobăiţă.

Pentru a preciza dacă modificările puterii oxitocice a sângelui şi a lichidului cefalo-rachidian survenite în timpul experimentării se datoresc principiului oxitocic elaborat de hipofiză şi nu altor substanţe, ce s'ar fi putut forma în timpul intervenţiunii operatorii sau excitării hypotalamusului, cum ar fi de ex. histamina sau acetyl-cholina, noi pentru determinarea puterii oxitocice am întrebuinţat pe lângă uterul de cobăiţă şi uterul de şobolan, care, după cum se ştie, spre deosebire de uterul de cobăiţă este insensibil la acţiunea histaminei *(Führer-Guggenheim).*[8]

Pentru a ne convinge, că efectul oxitocic al probelor de sânge şi lichid recoltate, nu se datoreşte acetyl-cholinei conţinute în aceste lichide, noi am făcut titrarea puterii oxitocice a probelor în unele cazuri abia la 24 ore după recoltare, adecă după un interval de timp în care acetyl-cholina se distruge.

In sfârşit pentru a identifica natura substanţelor oxitocice din probele noastre, noi le-am tratat cu OHNa 2 n, care, după cum se ştie *(Führer)*, distruge principiul oxitocic hypofizar. După 2 ceasuri soluţia a fost neutralizată cu aceeaşi cantitate de HCl 2 n, şi apoi încercată pe uterul de cobăiţă.

Cercetări şi discuţii

Dăm mai jos protocoalele unor experienţe caracteristice.

Experienţa 114. — 10. VIII. 1940.

Căţea 14 Kg., anesteziată cu paraldehidă.

Ora 8 a. m.: Descoperirea regiunii hypotalamice.

Ora 8 şi 50 minute a. m.: Recoltarea sângelui din vâna jugulară externă (B. V. I) şi din artera carotidă comună (B. A. I).

Ora 8 şi 55 minute a. m.: Se injectează în partea anterioară a hypotalamusului 0,3 cc. dintr'o soluţie de 1.10-⁴ de acetyl-cholină (30γ).

Ora 9 şi 5 minute a. m.: Se repetă din nou injecţia cu aceeaşi cantitate de acetyl-cholină.

Ora 10 şi 15 minute a. m.: Recoltarea sângelui din vâna jugulară externă (B. V. II) şi artera carotidă comună (B. A. II)

După 3 ore se face determinarea puterii oxitocice a serului pe uter de cobăiţă, întrebuinţând câte 0,3 cc. de ser.

O parte din serul obţinut se tratează cu o cantitate egală de OHNa 2 n, se neutralizează după 2 ore cu HCl 2 n, se filtrează — (B. V. III şi B. A. III) — şi se întrebuinţează pentru determinarea puterii oxitocice

pe uterul de cobăiță în cantitate de 0,9 cc. lichid, care corespunde la 0,3 cc. de ser sanghin.

Titrarea pe uterul de cobăiță dă următoarele rezultate: (vezi și figura Nr. 1).

Sânge V. I: O contracție puțin însemnată a uterului.

Sânge V. II: O contracție puternică a mușchiului uterin aproape egală cu cea obținută cu 0,3 cc. de pituitrină (1 Unitate la 100 cc.).

Sânge A. I: O contracție neinsemnată a cornului uterin.

Sânge A. II: O contracție puternică a uterului, totuși mai puțin exprimată ca în cazul sângelui vânos.

Sânge A. III: O contracție foarte ușoară urmată imediat de o relaxare bruscă a uterului.

Sânge V. III: Același efect ca și în cazul precedent (A. III).

H 0,5: 0,5 cc. de pituitrină (1 Unitate Voegtlin la 100 cc.) produce o contracție foarte puternică a uterului.

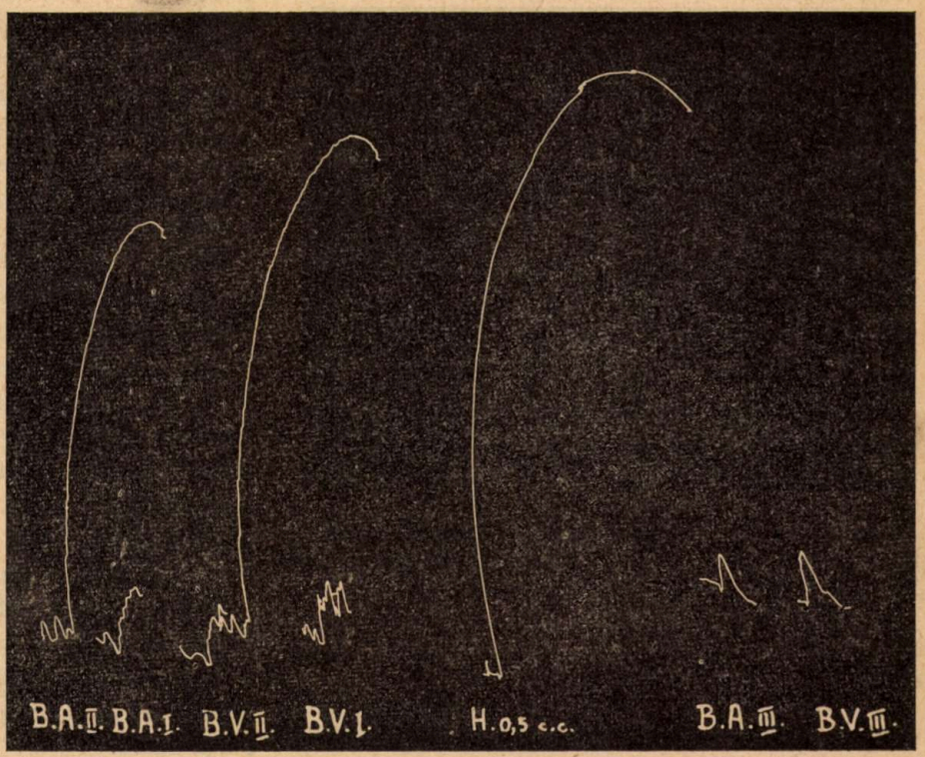


Figura 1. — Reacțiile uterului de cobăiță la acțiunea sângelui arterial și vânos recoltat înainte și după administrarea intrahypotalamică de acetyl-cholină.

Graficele B. A. I și B. A. II: Contracțiile uterului sub acțiunea sângelui arterial recoltat înainte (B. A. I) și după (B. A. II) administrarea de acetyl-cholină.

Graficele B. V. I și B. V. II: Contracțiunile uterului provocate de sângele vânos recoltat înainte (B. V. I) și după (B. V. II) administrarea de acetyl-cholină.

Graficele B. V. III și B. A. III: Lipsa de reacție a uterului la acțiunea sângelui arterial (B. A. III) și vânos (B. V. III) recoltat după administrarea de acetyl-cholină, tratat cu OHNa.

Grafica H. 0,5: Reacția puternică a uterului obținută cu 0,5 cc. de Hypophysin (1 Unitate Voegtlin la 100 cc).

Experiența 113. — 7. VIII. 1940.

Câine 18,5 Kg., anesteziat cu paraldehidă.

Ora 7 a. m.: Descoperirea regiunii hypotalamice.

Ora 7 și 40 minute a. m.: Recoltarea sângelui din vâna jugulară externă (B. V. I) și a lichidului cefalo-rachidian prin puncția membranei occipito-atlantoidiene (L. I).

Ora 7 și 50 minute a. m.: Se injectează în partea anterioară a hypotalamusului 0,3 cc. dintr'o soluție 1.10^{-4} de acetyl-cholină (30γ).

Ora 8 a. m.: Se repetă din nou injecția cu aceeași cantitate de acetyl-cholină.

Ora 9 a. m.: Se recoltează din nou sânge din vâna jugulară externă (B. V. II) și lichidul cefalo-rachidian (L. II).

După 24 ore se determină puterea oxitocică a probelor recoltate pe uterul de cobăiță și pe cel de șobolan.

Determinarea pe uterul de cobăiță dă următoarele rezultate: (vezi și figura Nr. 2).

Lichid L. I (0,4 cc. de lichid cefalo-rachidian): O contracție puțin însemnată a mușchiului uterin.

Lichid L. II (0,4 cc. de lichid cefalo-rachidian): O contracție foarte puternică a mușchiului uterin, asemănătoare aceleia provocate de 0,5 cc. dintr'o soluție de Hypophysin $1^0/_{00}$ (1 Unitate Voegtlin la 1000 cc. de lichid).

H 0,5 (0,5 cc. dintr'o soluție de Hypophysin $1^0/_{00}$): O contracție accentuată și susținută.

Sânge B. V. II (0,3 cc. ser): O contracție foarte accentuată.

Sânge B. V. I: Rămâne fără efect.

Determinarea pe uter de șobolan dă următoarele rezultate: (vezi și figura Nr. 3).

Sânge B. V. II (1 cc. de ser): O serie de contracțiuni repetate și susținute.

Sânge B. V. I (1 cc. de ser): O contracție mai puțin exprimată ca în cazul sângelui B. V. II.

H 0,2 (0,2 cc. dintr'o soluție de Hypophysin, 1 Unitate Voegtlin la 100 cc. de soluție): Contracțiuni repetate și susținute ale uterului.

H I (1 cc. dintr'o soluție de histamină 1.10^{-4}): Fără efect.

L. II (0,3 cc. de lichid cefalo-rachidian): O serie de contracţiuni repetate şi susţinute ale uterului.

L. I (0,3 cc. de lichid cefalo-rachidian): Aproape fără efect.

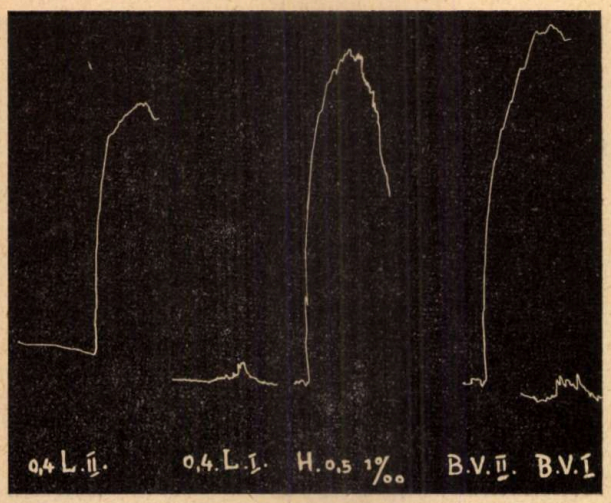


Figura 2. — Reacţiile obţinute pe uter de cobăiţă sub acţiunea probelor de sânge şi de lichid cefalo-rachidian, recoltate înainte şi după administrarea de acetyl-cholină.

Graficele 0,4 L. I şi 0,4 L. II: Contracţiunile uterului sub acţiunea lichidului cefalo-rachidian recoltat înainte (0,4 L. I) şi după (0,4 L. II) administrarea de acetyl-cholină.

Graficele B. V. I şi B. V. II: Contracţiile uterului provocate de sângele vânos recoltat înainte (B. V. I) şi după (B. V. II) administrarea de acetyl-cholină.

Grafica H. 0,5: Reacţia pronunţată a uterului obţinută cu 0,5 cc. de Hypophysin (1 Unitate Voegtlin la 1000 cc).

Din cercetările făcute pe 6 câini reiese că în 5 cazuri din 6, lichidul cefalo-rachidian recoltat după descoperirea hypotalamusului, are un oarecare grad de putere oxitocică.

Puterea oxitocică a lichidului cefalo-rachidian recoltat cu 1^h—1^h,30′ după injecţia intrahypotalamică de acetyl-cholină creşte considerabil, egalându-se cu cea a unei soluţii de Hypophysină — în diluţie de 1 Unitate Voegtlin la 1000 cc. de soluţie.

Şi sângele recoltat înainte de injectarea intrahypotalamică de acetyl-cholină are o oarecare putere oxitocică, mai pronunţată în cazul sângelui vânos decât în cel arterial.

După administrarea intrahypotalamică de acetyl-cholină puterea oxitocică a sângelui se accentuiază în mod regulat, egalându-se în unele cazuri cu puterea oxitocică a unei soluţii de Hypophysină ce conţine 1 Unitate Voegtlin la 100 cc.

Creşterea puterii oxitocice a lichidului cefalo-rachidian şi a sângelui, observată de noi, după administrarea intrahypotalamică de acetyl-cholină ar putea fi explicată sau prin acumularea principiului oxitocic hipofizar, sau prin eliberarea altor substanţe cu acţiune oxitocică, cum ar fi de ex. histamina sau acetyl-cholina.

Felul în care au fost conduse experienţele noastre exclude a doua posibilitate.

Într'adevăr probele de sânge şi de lichid cefalo-rachidian recoltate după administrarea intrahypotalamică de acetyl-cholină — îşi manifestă puterea lor oxitocică şi pe uterul de şobolan chiar la 24 ore după recoltarea lor şi pierd puterea lor oxitocică după tratarea lor cu OHNa, ceea ce dovedeşte că puterea oxitocică a probelor noastre nu se datoreşte histaminei sau acetyl-cholinei ci principiului oxitocic hipofizar.

In unele cazuri în loc de acetyl-cholină s'a injectat în substanţa nervoasă din regiunea hypotalamică cantităţi egale de ser fiziologic, fără ca acesta să aibă vreun efect asupra acţiunei oxitocice a lichidului cefalo-rachidian şi a sângelui.

Faptul că serul fiziologic spre deosebire de acetyl-cholină rămâne ineficace, ne dovedeşte că efectele obţinute de noi prin injecţiile intrahypotalamice de acetyl-cholină sunt datorite acţiunei specifice a acestei substanţe şi nu excitării mecanice a regiunei hypotalamico-hipofizare.

In rezumat, din rezultatele cercetărilor noastre reiese că injecţiile intrahypotalamice de acetyl-cholină exercită o acţiune de stimulare asupra hipofizei.

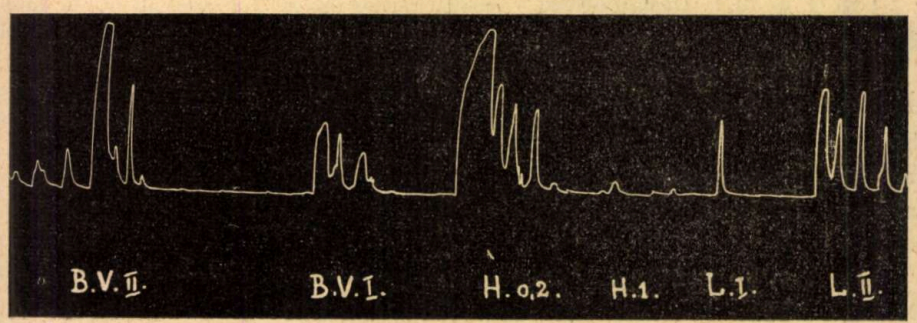


Figura 3. — Reacţiunile obţinute pe uter de şobolan sub acţiunea probelor de sânge şi de lichid cefalo-rachidian recoltate înainte şi după administrarea de acetyl-cholină.

Graficele B. V. I şi B. V. II: Contracţiunile uterului provocate de sângele vânos recoltat înainte (B. V. I) şi după (B. V. II) administrarea de acetyl-cholină.

Grafica H. 0,2: Contracţiile puternice ale uterului obţinute 0,2 cc. de Hypophysin (1 Unitate Voegtlin la 100 cc.).

Grafica H. I: Lipsa de reacţie a uterului la acţiunea histaminei (1 cc. din 10^{-4}).

Graficele L. I şi L. II: Reacţiile uterine provocate de lichidul cefalo-rachidian recoltat înainte (L. I) şi după (L. II) administrarea de acetyl-cholină.

Concluziuni

1. Rezultatele cercetărilor de faţă constitue o nouă contribuţie la studiul mecanismului de funcţionare a centrilor hypotalamici.

2. Ele dovedesc că acetyl-cholina, introdusă în substanța nervoasă din regiunea hypotalamică, determină pe lângă excitarea centrilor organo-vegetativi subjacenți — constatată de noi altădată — și stimularea activității hipofizare adecă reproduce toate efectele obținute prin excitarea directă a hypotalamusului.

3. Faptul că excitarea hypotalamusului dă naștere la o substanță acetyl-cholinică — și constatarea că acetyl-cholina introdusă în substanța nervoasă din regiunea hypotalamică reproduce unele efecte asemănătoare acelora obținute prin excitarea directă a hypotalamusului, ne face să admitem că la baza activității centrilor hypotalamici este un mecanism colinergic, cu alte cuvinte că în centrii hypotalamici elaborarea și transmiterea influxului nervos se face prin intermediul acetyl-cholinei.

Bibliografie

1. *Z. M. Bacq:* Erg. Physiol. Bd. **37,** 82 (1935).
2. *A. W. Kibjakow:* Proc. of the XV-th. Internat. Physiol. Congress. The Sechenov Journ. of Physiol. of the U. S. S. R., Bd. **21,** 36, (1938).
3. *Gr. Benetato-N. Munteanu:* C. R. Soc. Biol. Paris, **122,** 1936.
4. *Gr. Benetato-N. Munteanu:* Clujul Medical Nr. **6,** 1940.
5. *I. Karplus-A. Kreidl:* Pflüger's Arch., **129, 138,** (1909) și **215** (1927).
I. Karplus-O. Peczenick: Pflüger's Archiv, **225** (1930) și **232** (1933).
6. *I. H. Burn:* Biologische Auswertungsmethoden, I. Springer, Berlin 1937.
7. *M. Reiss:* Die Hormonforschung und ihre Methoden, Urban-Schwarzenberg, Berlin, 1934.
8. *Guggenheim M.:* Biochemische Zeitschrift, **65,** 1914.

(FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN CLUJ LA SIBIU, INSTITUTUL DE FIZIOLOGIE).
Director: Profesor Dr. Grig. Benetato.

RESUMÉ

L'action des injections intra-hypothalamiques de l'acétyl-choline sur l'activité hypophysaire

Des recherches experimentales faites sur les chiens il ressort suivantes:

1. Après les injections intra-hypothalamiques de l'acétyl-choline on constate l'augmentation considerable du pouvoir ocytocique du sang et du liquide céphalorachidien, augmentation qui ne peut être expliqué que par l'eliberation accentuée de l'hormone hypôphysaire (ocytocine).

2. Les resultats de recherches actuelles constituent une nouvelle contribution à l'étude du mécanisme fonctionnel des centres hypothalamiques.

3. Ils montrent que l'acétyl-choline, introduite dans la substance nerveuse de la région hypothalamique provoque non seulement l'excitation des centres organo-végétatifs sousjacents — effet mis en evidence par nos recherches anterieures — mais determine aussi une stimulation de l'activité hypophysaire, en réproduisant ainsi tous les effets obtenus par l'excitation électrique directe de l'hypothalamus.

4. Le fait que l'excitation de l'hypothalamus donne naissance à une substance acétyl-cholinique — et la constatation que l'acétyl-choline introduite dans la substance nerveuse de la région hypothalamique reproduit certains effets semblables à ceux obtenus par l'excitation directe de l'hypothalamus — nous fait admettre qu'a la base de l'activité des centres hypothalamiques il y a un mécanisme colinergique, c'est-à-dire que dans les centres hypotalamiques l'élaboration et la transmission de l'influx nerveux se fait par l'intermédiaire de l'acétyl-choline.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Wirkung der intrahypothalamischen Injektionen mit Acetyl-Cholin auf die hypophysäre Tätigkeit

Auf Grund seiner an Hunden ausgeführten Versuchen kommt der Verfasser zur folgenden:

1. Die intrahypothalamische Injektion von Acethilcholin bewirkt regelmässig eine ausgesprochene Steigerung der uteruserregenden Kraft des Blutes und der Spinalflüssigkeit, die nur durch das Freiwerden des wehenerregenden hypophysären Wirkstoffes erklärt werden kann.

2. Die Ergebnisse bringen einen neuen Beitrag zur Frage des Mechanismus der Hypothalamustätigkeit.

3. Die Versuche zeigen weiter, dass das in die nervöse Substanz des Hypothalamus eingefürthe Acetylcholin nicht nur die entsprechenden vegetativen Zentren reizt — ein Effekt der durch unsere früheren Untersuchungen demonstriert wurde — sondern auch eine Stimulation der hypophysären Tätigkeit, hervorruft; so reproduziert das Acetylcholin gewisser Massen die Wirkungen einer direkten elektrischen Reizung des Hypothalamus.

4. Die Tatsache dass die Hypothalamusreizung einerseits die Bildung eines acethylcholinartigen Körpers hervorruft und die Feststellung andereseits, das in der nervösen Masse des Hypothalamus eingeführte Acetylcholin im Stande ist einige der elektrischen Hypothalamusreizung ähnlichen Erscheinungen hervorzurufen, führt uns zur Annahme, dass auf Grund der Tätigkeit der Hypothalamuszentren ein cholinergischer Mechanismus vorliegt.

Contribuțiuni la studiul electrocardiogramei în pericardită

de

Dr. Aurel Moga și **Dr. Cornel Meţianu**
Şef de lucrări Preparator

In ultimii ani, în Clinica Medicală I şi a II-a din Cluj, am studiat problema modificărilor electrocardiografice în pericardite. Cercetările noastre ne-au condus la anumite concluziuni cari — credem — aduc o modestă contribuţie la cunoaşterea mai exactă a acestor modificări.

Intr'o teză de doctorat *(Meţianu)* apărută la Cluj, am analizat mai amănunţit cercetările făcute de alţi autori precum şi de noi în acest domeniu. Aici nu vom expune decât concluziile lor şi un rezumat al observaţiunilor noastre, completate ulterior cu încă 11 cazuri. In schimb vom insista mai mult asupra valorii clinice a modificărilor electrocardiografice în pericardite.

I. Cercetări anterioare.

Autorii cari s'au ocupat cu această problemă — citâm în special pe *Winternitz* şi *Lagendorf*, cari au publicat o excelentă monografie — au ajuns în linii generale la următoarele concluzii:

1. Modificările electrocardiografice se constată într'un procent destul de ridicat al cazurilor, care variază între cifra de 65%—85% după statistici. Ele interesează în deosebi complexul ventricular.

2. Unde *P* poate prezenta diferite forme, cari se deosebesc greu de variaţiunile ei fiziologice. S'au descris: creşterea amplitudinei, *P*-ul despicat şi fibrilaţia auriculară (*Herles* o întâlneşte în 44% a cazurilor de pericardită şi 55% de simfiză pericardică). Anomaliile intervalului *P-R*, scurtarea sau alungirea lui, precum şi blocul atrio-ventricular se întâlnesc mult mai rar.

3. Undele *QRS*, adeseori sunt normale, uneori însă au o amplitudine mai mică. Alte atipii sunt relativ rare. Diminuarea amplitudinei pare a fi în funcţie de cantitatea de lichid din sacul pericardic. Acest lucru a fost dovedit în mod experimental, la câini, prin introducerea de lichid în pericard. La om intervenţia chirurgicală practicată în tratamentul pericarditelor cronice, a avut ca rezultat revenirea amplitudinei *QRS* la normal; pe de altă parte se constată un paralelism între evoluţia pericarditei şi creşterea sau scăderea cantităţii de lichid.

4. Porţiunea terminală a complexului ventricular, segmentul *S-T* şi unda *T*, prezintă de obiceiu modificările cele mai frecvente şi cele mai caracteristice.

Din acest punct de vedere în evoluţia pericarditei se descriu 4 stadii:

Stadiul I: deplasarea în sus a segmentului terminal (Höher Abgang der Finalschwankung).

Stadiul II (stadiul intermediar): regresiunea denivelării *S-T* şi apariţia lui *T* negativ (*T* bifid).

Stadiul III: *T* negativ în toate trei derivaţiile.

Stadiul IV: Revenire la normal.

Electrocardiograma în *pericarditele acute* se aseamănă deci cu cea din *infarctul miocardic* atât ca aspect cât şi ca evoluţie morfologică. Ca aspect asemănarea constă în ridicarea segmentului *S-T* deasupra liniei izoelectrice, având şi punctul de plecare din „complexul iniţial". Punctul de plecare poate fi:

a) Ramura descedentă a undei *R (Fig. 1).*

b) Prelungirea ramurei ascendente a undei *S (Fig. 2).*

c) O undă mică, probabil *S*, situată deasupra liniei izoelectrice.

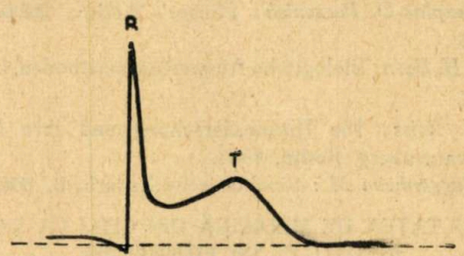


Fig. 1.

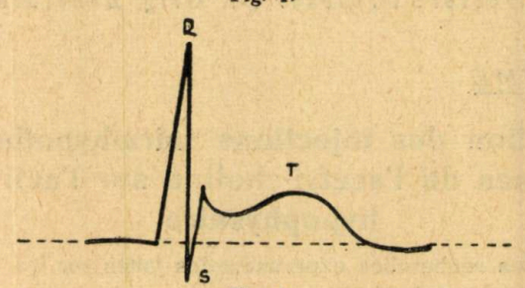


Fig. 2.

Există însă o serie de criterii cari deosebesc cele două afecţiuni, ca aspect electrocardiografic şi anume:

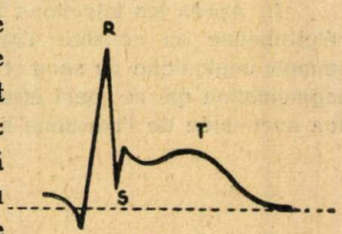


Fig. 3.

Uneori în pericardită se constată o undă *T* cu două piscuri (doppelghipflige *T). (Fig. 6),* alteori *S-T* formează o linie dreaptă care merge oblic în jos spre linia izoelectrică. *(Fig. 7).*

Spre deosebire de unda în dôm cu *convexitatea în sus* din tromboza coronariană, în pericardita exu-

dativă segmentul *S-T este cu concavitatea în sus. (Fig. 4* şi *Fig. 5).*

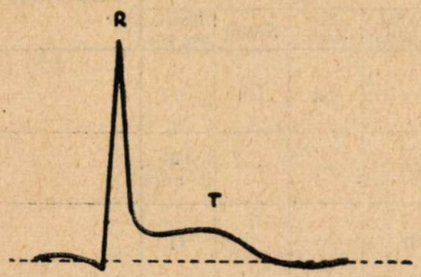


Fig. 4.

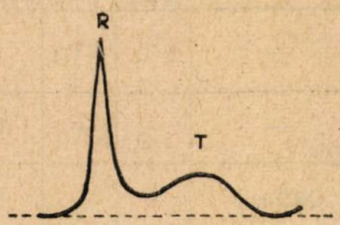


Fig. 5.

Dar şi în pericarditele acute unii autori găsesc existenţa unui segment *S-T* în formă de dôm mai mult sau mai puţin rotunjit şi lărgit (vizibil mai ales în *D. I.*), ce se poate detaşa din ramura descendentă a lui *R*, înainte ca să fi atins linia izoelectrică.

Denivelarea segmentului *S-T*, în pericardită, nu depăşeşte niciodată 0,35 milivolţi.

Unda *S*, mică, situată deasupra liniei izoelectrice *(Fig. 3)* nu se găseşte în infarctul miocardic.

Se subliniază că în pericardite unda *T* nu devine niciodată negativă ca în infarctul miocardic, atât timp cât *S-T* este încă ridicat.

Modificările lui *S-T* în pericardită apar în acelaşi sens în două sau trei derivaţii *(aspect concordant,* câtă vreme în tromboza coronariană o ridicare a lui *S-T* într'o derivaţie, comportă o deplasare în sens opus în altă derivaţie *(aspect discordant).*

Ciclul grafic evolutiv al pericarditei are o durată mai scurtă (30—40 zile), exceptând pericardita bacilară; sechelele electrocardiografice ar fi rare. In infarct acest ciclu e de câteva luni. Sechelele electrocardiografice definitive, ca inversiunea undei *T*, sunt aproape regulă în infarct.

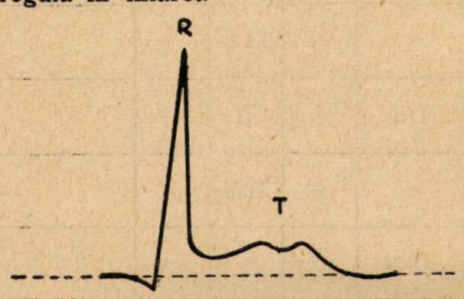


Fig. 6.

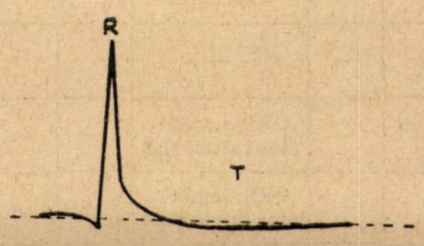


Fig. 7.

Intr'un stadiu mai avansat unda *T* devine negativă ca şi unda Pardee în coronarite. Pe lângă aceste aspecte s'a mai descris în pericardită deplasarea moderată în jos a segmentului *S-T*, sub linia izoelectrică, cu o undă *T* bifazică sau inversată, mai des în derivaţia I şi II-a.

Modificări asemănătoare, dar nu identice, cu cele din pericardită se pot întâlni: în miocarditele de diferite origini *(Herles)* în miotonii *(A* şi *L* von *Boegaert)*, în boala lui *Friedreich* şi în câteva afecţiuni ale sistemului nervos *(Urechea - Moga - Dragomir)* (curbe asemănătoare figurei 3), în ipertiroidism *(Wolferth* şi *Wood).*

Modificările electrocardiografice din pericardită au fost atribuite de unii autori, acţiunii compresive a lichidului din sacul pericardic, exercitată asupra muşchiului cardiac sau asupra vaselor coronare.

Alţii invocă inflamaţia miocardului propagată dela seroasa pericardică.

Noi credem că pot interveni, în afară de aceşti factori, şi leziuni anatomice la nivelul arterelor coronare. Cercetările anamo-patologice au scos în evidenţă, în reumatism, existenţa unor leziuni coronariene cari ar putea explica electrocardiogramele cu aspect „coronarian".

Este greu să te ataşezi în mod exclusiv uneia din aceste teorii, pentrucă toţi factorii menţionaţi mai sus pot colabora la producerea modificărilor electrocardiografice în pericardite.

II. Cercetări personale

Vom reda în cele ce urmează observaţiunile noastre clinice mai întâi sub forma unui tablou în care notăm numai diagnosticul şi modificările electrocardiografice.

Noi am studiat modificările electrocardiografice în 30 cazuri de pericardită, dintre care 6 au fost examinate în repetate rânduri. Controluri tardive am făcut în 4 cazuri. Trei din observaţiunile noastre, nu au prezentat nicio alteraţiune în aspectul morfologic al curbelor electrice. In aceste cazuri nu s'a înregistrat decât câte o singură curbă. Nu este deci exclus ca să se fi putut surprinde modificări trecătoare prin înregistrări repetate. Chiar şi cifra de 27 cazuri pozitive din 30 dovedeşte în deajuns *frequenţa mare a modificărilor electrocardiografice în pericardite.*

In linii generale confirmăm constatările celorlalţi autori.

In cele ce urmează nu vom insista decât asupra particularităţilor oferite de cazurile noastre şi care aduc o oarecare contribuţiune la constatările ce le-am expus mai înainte.

In cazuistica noastră fibrilaţia atrială am întâlnit-o în două cazuri de pericardită; ceea ce reprezintă un procent cu mult mai mic decât ar corespunde constatărilor lui Herles. Acestea n'au fost însă confirmate nici de alţi autori. Intru cât unda *P* sufere variaţiuni multiple şi în condiţiuni normale, modificărilor mici observate de noi nu le atribuim o semnificaţie deosebită, în diagnosticul pericarditelor.

NUMELE	Nr. obs.	Diagnostic clinic	MODIFICĂRI ECG.-FICE									Observaţii
			P	P-R	Q R S	S—T		T				
						Deplasat în sus	în jos	Amplitud. mică (turtit)	Izo-electr.	Negativ	Bifazic neg. poz.	
Margareta C. 13/VI. 1939 Ecg. I.	I	Pancardită reumatismală	PI-III de amplitudine mică	—	—	S-TI	S-TIII	—	TII	TIII	—	
Margareta C. 19/VI. 1939 Ecg. II.	I	"	—	—	—	—	—	TI-II	—	—	TIII (f. mic)	
Margareta C. 27/VI. 1939 Ecg. III.	I	"	—	—	QRS mic	—	—	TII	—	—	TI	
Rudolf Sch. 15/VII. 1939 Ecg. I	II	Pericardită Tbc. exsudativă. Pleurezie stg. exsudativă	—	—	QRS amplit. f. mică în DI. DII-III normal	—	—	—	TI-III	—	—	Stadiul I: cu QIII profund.
Rudolf Sch. 19/III. 1940 Ecg. I.	II	"	—	—	Diminuarea pronunţată a ampl. QRS în DI-II-III	—	—	—	—	TII	—	Stadiul II.
Rudolf Sch. 19/III. 1940 Ecg. III.	II	"	—	—	La QRS ampl. net mărită faţă de Ecg.	—	—	—	Devine izoelectric	—	—	Stadiul III. Tendinţa de vindecare
Craisor U. Ecg. I.	III	Pericardită exsudativă Tbc Pleurezie exsudativă	—	—	—	—	S-TI-II	—	TIII	—	—	Ecg. II, după 2 ani = normală
Marta K	IV	Pericardită exsud. Tbc.	PI=pozitiv mic PII=izoelectr. PIII=negativ	—	—	—	—	—	TI-III	—	—	
Ecaterina B Ecg. I.	V	Pericardită seacă traumatică	—	—	—	—	—	—	TI-III	—	—	După 2 luni Ecg. II. TI-II = pozitiv
Acaţiu F.	VI	Pericardită exsudativă Tbc. ? Pleurezie exsudativă	—	—	—	—	—	—	—	TI-III mai pronunţat în DII	—	Controlat după vindecarea clinică Ecg. normală (după 2 ani)
David P.	VII	Pericardită seacă. Flebită				—	—	TI-III amp. mică TI-III. amp. f. mică	TIII	—	—	
Emeric R.	VIII	Pericardită seacă Tbc. Scl. vârf. pulmonare	Ecg. normală			—	—	—	—	—	—	
Ioan G.	IX	Pericardită seacă. Traumatism al reg precardiace	Ecg normală			—	—	—	—	—	—	
Ovidiu T. 14/XI. 1938	X	Simfiză pericardo-perihepatică	—	—	—	—	S-TI-III	TI-II	—	—	TIII	
Ana N.	XI	Simfiză pericardo-perihepatică	—	—	QRS amplitudine mică	—	S-TI-II	—	—	TII-III	—	
Ecaterina C. Ecg. I. I/V. 1940	XII	Simfiză pericardică	—	—	—	—	—	TI-III	—	TI	—	
Ioan P.	XIII	Pericardită Poliserozită	Absentă în DI-III	—	QRS amplitudine foarte mică	—	—	—	—	TI-III	—	
Gheorghe D.	XIV	Poliserozită	—	—	QRS amplitudine foarte mică	—	—	TII-III	TI	—	—	
Iulisca A.	XV	Poliserozită Tbc. Lues latent	—	—	—	—	—	—	—	—	TI-III	SI-III deplasat in jos
Constantin N.	XVI	Pericardită exsud. Cirroză hepat.	PIII izoelectric	—	—	—	S-TI-II	TI-II	—	TIII	—	
Ioan M.	XVII	Sindrom miocard. Insuf. coronariană Pericardită	—	—	—	—	—	—	TI	—	—	Caz asociat cu o afecţie miocardică
Amalia B.	XVIII	Scleroză renală Uremie. Pericardie seacă	—	—	—	—	—	TI-III	—	—	—	Contracţie ventriculară autonomă
Regina Sch.	XIX	Congestie pulmonară. Pleurezie. Stare septică. Pericardită	—	—	—	—	—	—	TI-III	—	—	

Somniferul
cu efect sigur

chiar şi în doze mici
(1/2 tabletă), somn reconfortant şi o deşteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.
Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.
Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, Bucureşti

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SĂRĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii intramusculare în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, imfite, adenite.

Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti, Str. Regală 10 Tel. 3-78-66.

În enterite acute,

colită muco-membranoasă, prescrieți

MAGNOCARBON

TABLETE

Magnozon
Cărbune medicinal
Extract de Belladonna

Laxativ ușor, antiseptic și antispasmodic

Neplăcerile verii:

diareea, intoxicațiunile alimentare,
disenteria, enteritele acute,

le combateți cu succes prin

TANNOCARBON

TABLETE

Antiseptic, astringent.

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

subcutan **intravenos** **intramuscular**

Fiole de 2 și 5 cc. conținând 4 respectiv 10 mgr. iod

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE GEDEON RICHTER S. A. BUCUREȘTI V.

Strada Logofătul Tăut Nr. 99.

NUMELE	Nr. obs.	Diagnostic clinic	MODIFICĂRI ECG.-FICE									Observaţii
			P	P-R	Q R S	S—T		T				
						Deplasat în sus	în jos	Amplitud. mică (turtit)	Izo-electr.	Negativ	Bifazic neg. poz.	
Vasile M.	XX	Simfiză pleurală şi pericardică	P_I izoelectric	0.15 sec.	Q_{III} profund R_{III} lărgit şi cu o despicătură puternică la vârf	—	—	T_{I-III} (1 milivolt)	—	—	—	Caz din spitalul militar Cluj
Gheorghe C. S.	XXI	Simfiză pericardică	—	0.20 sec.	De amplitudine mică în D_{I-III} (sub 0 5 milivolt.)	—	—	—	T_I	T_{II} şi T_{III}	—	In 1932 a fost internat în Clinica Medicală I cu Dgs. Pleurezie exudativă pericardită
Vasile Ur.	XXII	Pericardită exudativă acută	De amplitudine mică D_{I-III}	—	—	Uşor deplasat în sus şi convex. D_{I-III}	—	—	—	T_{I-II} neg. De ampl. mică	—	—
Vasile P.	XXIII	Simfiză pericardică	P_{I-II} de amplitudine mică P_{III} izoelectric	—	—	S-T_{I-II} izoelect. S-T_{III} uşor deplasat în sus	—	T_{I-II}	—	—	—	S-T_{I-II} izoelectric. S-T_{III} uşor deplasat în sus, cu convexitatea în sus. Pleacă de pe ramura descend. a undei R.
Abdul M.	XXIV	Septicemie streptococică. Pericardită septică	—	P-R = 0.12 sec.	—	S-T_{I-II} net deplasat în sus	—	T_{I-II} se confundă cu S-T	T_{III}	—	—	S-T_{I-II} net deplasat în sus. Pleacă de pe ramura descendentă a undei R. Caz observat în serviciul de boli interne al Dr-ului Manta-Sibiu
Nastasia B.	XXV	Pericardită exudativă	P_{III} izoelectric	—	—	—	S-T_{II-III} uşor deplasat în jos	—	T_I	T_{II-III}	—	Tahicardie sinusală. Frequenţa 130 pe minut
Ioan M.	XXVI	Pleuro-pericardită	Electrocardiogramă normală			—	—	—	—	—	—	—
Ionel B.	XXVII	Pericardită exudativă. Pleurezie stângă în rezorţie	—	—	Amplitudine mică	—	S-T_{I-II}	T_{I-II} f. mic	—	—	—	Tahicardie sinusală. Frequenţa 140 pe minut
Ecaterina C.	XXVIII	Simfiză pericardică Aritmie completă	Febrilitate auriculară	—	—	—	S-T_I	—	T_{III}	T_{I-II}	—	—
Inginer G.	XXIX	Pericardită subacută	—	—	—	—	—	—	—	T_{I-III} negativ profund	—	Observat în repetate rânduri electrocardiografic timp de 6 luni
Elena M.	XXX	Calcifierea pericardului	—	—	—	—	—	—	—	T_{II} negativ T_{III} negativ profund ascuţit	—	—

Complexul ventricular a prezentat modificări care au interesat în majoritatea cazurilor segmentul *S—T* şi unda *T.*

In ceea ce priveşte porţiunea iniţială a complexului ventricular *(Q R S)* singura deviere dela normal a constat în diminuarea amplitudinii acesteia, exceptând observaţia Nr. XX, cu R_{III} lărgit şi cu o despicătură la vârf.

In cele 8 cazuri la care am găsit această modificare, existau şi alteraţiuni simultane ale undei *T* sau segmentului *S—T.*

Diminuarea lui *Q R S,* într'un singur caz (observaţia II) a fost urmărită timp mai îndelungat prin controluri repetate şi atunci modificările au mers paralel cu evoluţia pericarditei şi în special cu cantitatea de lichid. Acest paralelism confirmă constatările, făcute de alţi autori, că lichidul din pericard prin compresiunea pe care o produce poate fi considerat ca unul dintre factorii care intervin în mecanismul modificărilor electrocardiografice. Că acest factor nu este considerat ca unic nici ca cel mai important, o dovedesc şi cazurile noastre cu lichid mult şi *Q R S* normal.

Alteraţiunile segmentului *S—T* si ale undei *T,* pe care le-am găsit prezente aproape în toate cazurile cu electrocardiogramă pozitivă, au un caracter evolutiv în pericarditele acute. Observaţiunile noastre controlate în repetate rânduri sunt demonstrative.

Am găsit în două observaţiuni (obs. I şi obs. XXIV) curbe care se *aseamănă foarte mult* cu electrocardiograma din *infarctul miocardic. (Fig. 12 şi Fig. 13).* O parte din criteriile de diagnostic diferenţial, stabilite de diferiţi autori sunt valabile şi pentru observaţiunile noastre. Pentru a nu repeta, nu insistăm decât

asupra *existenței acelei unde mici care separă segmentul S—T, deplasat în sus, de unda R.*

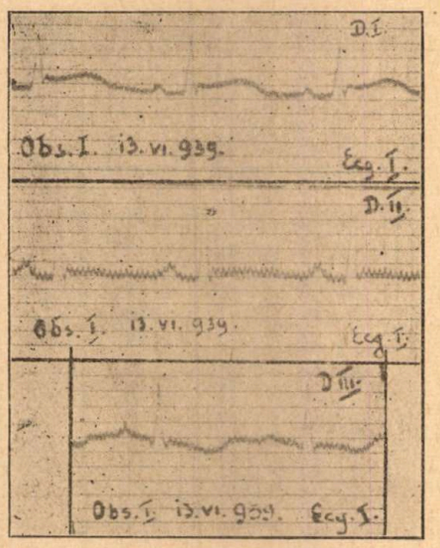


Fig. 8.

Evoluția ulterioară a curbelor și în cazurile noastre confirmă părerea lui Winternitz și Lagendorf că este o undă *S* mică cu vârful situat deasupra liniei izoelectrice, care revine însă la poziția normală a undei *S*, simultan cu revenirea segmentului *S—T.*

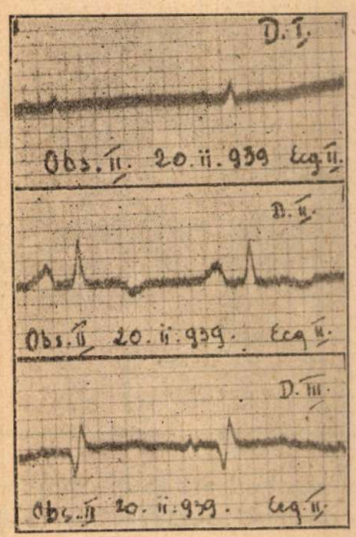


Fig. 10.

Există încă două particularități în cazurile noastre, rar observate în pericarditele acute. Am amintit mai sus că în general în pericardită spre deosebire de infarctul miocardic modificările segmentului *S—T* se petrec în același sens în două sau trei derivații (Winternitz, Lagendorf și alții).

In cazurile noastre exista tocmai o comportare discordantă între D_I și D_{III} semnalată până acum numai de Zwillinger. Se poate atribui acest fapt micarditei asociate. Acest aspect electrocardiografic demonstrează cât este de dificil uneori diagnosticul acestor curbe și cât este de puțin caracteristic, în același timp, pentru ori care din cele două afecțiuni. (infarct și pericardită).

Mai adăogăm, ca o notă deosebită față de electrocardiograma obișnuită în pericardită, prezența unei unde negative care termină segmentul *S—T* când acesta revine spre linia izoelectrică. Acest aspect a fost observat și de Scott, Feil și Katz.

Noi putem deci afirma, *în rezumat* că:

1. In electrocardiograma pericarditei se poate constata *o comportare discordantă a segmentului S—T în două derivații,* așa ca infarctul miocardic.

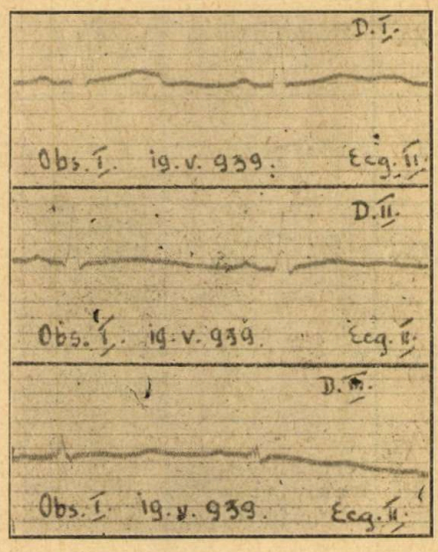


Fig. 9.

2. *Segmentul S—T poate fi urmat* în evoluția pericarditei, *de o undă mică negativă* ca și în infarct.

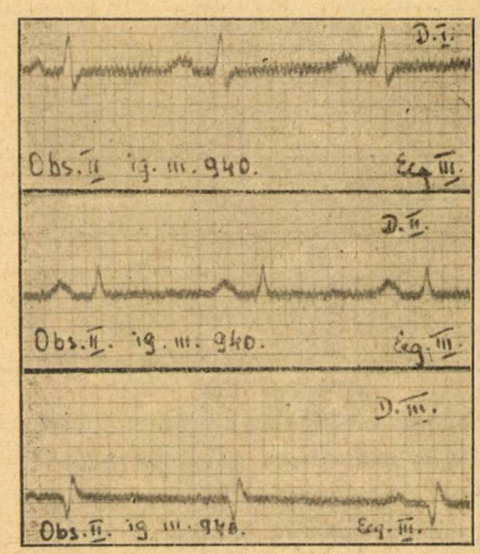


Fig. 11.

3. Unda mică, situată în întregime deasupra liniei izoelectrice care desparte *S—T* de unda *R*-corespunde într'adevăr unei unde *S* după cum afirmă și Winternitz și Lagendorf.

4. Revenirea acestor modificări la normal se petrece în același mod ca și în infarcte dar într'un interval de timp relativ mai scurt.

5. Din statistica noastră (cazul Nr. 2) am dedus că în *pericardite* ca și în afecțiunile coronariene *poate exista unda* Q_{III} *profundă.*

6. Noi am întâlnit cu o frequență mai mare deplasarea în jos a *segmentului S—T*, decât în lucrările autorilor citați mai sus.

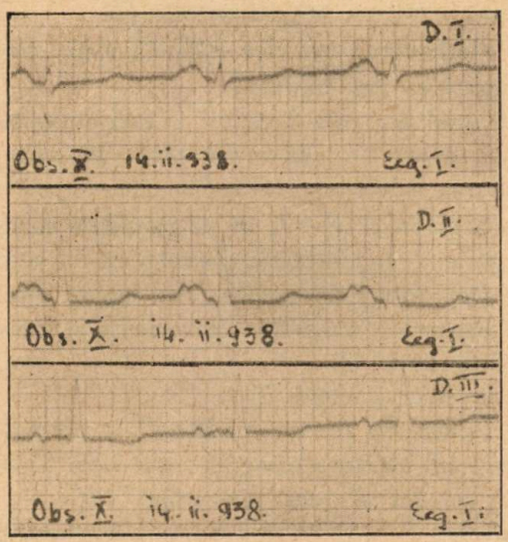


Fig. 12.

Această denivelare o găsim atât în pericarditele acute cât și în cele cronice. Intr'una din observații (Nr. III) deplasarea era însoțită de o scurtare relativă

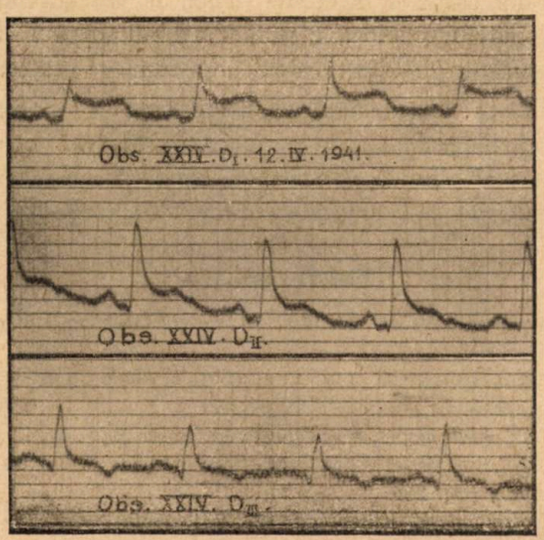


Fig. 13.

a segmentului *S—T*, care avea și o formă curbă cu concavitatea în sus.

In cazurile noastre de pericardită subacută sau cronică nimic nu deosebește acest segment intermediar (*S—T*) de aspectul din afecțiunile miocardo-coronariene.

7. *Unda T*, în observațiunile noastre, prezintă aspectele descrise și de ceealalți autori (turtită, cu două piscuri, izoelectrică, negativă, bifazică).

III. Valoarea electrocardiografiei în diagnosticul pericarditelor acute și cronice

După cum se poate deduce din expunerea noastră, există atâtea caractere comune electrocardiogramelor din pericardite, miocardite sau afecțiunile coronariene, că nu putem considera niciuna din aceste modificări patognomonică sau atât de caracteristică, încât să putem face diagnosticul de pericardită numai din citirea curbei electrice. Sunt autori cari susțin că acest lucru este posibil.

Cu toate acestea credem că metoda electrocardiografică poate aduce servicii reale diagnosticului clinic în următoarele condițiuni:

1. In pericarditele acute cu simptome clinice incerte, aspectul electrocardiografic asemănător cu cel din infarctul miocardic dacă-l constatăm în cadrul unui reumatism poliarticular acut, în pneumonii, stări septice etc., pledează pentru o pericardită. Miocardita singură nu este în stare să producă electrocardiograme identice. *(Winternitz* și *Lagendorf.)*

Citâm în sprijinul acestei afirmații observația noastră Nr. I, la care pericardita s'a prezentat la început ca un sindrom diafragmatic. Electrocardiograma arată o deplasare moderată în sus a segmentului *S—T* sub formă de dom în derivația I și o denivelare în sens invers în derivația III-a. Faptul că între ramura descendentă a liniei *S—T*$_I$ și *R*$_I$ se interpune o mică undă *S*, situată deasupra liniei izoelectrice, prezența fenomenelor articulare la o bolnavă tânără, precum și evoluția ulterioară spre o pancardită au permis să se excludă atât pleurezia diafragmatică cât și o tromboză coronariană.

Prin urmare în reumatismul poliarticular acut electrocardiograma ne oferă posibilitatea de a face diagnosticul de pericardită atunci când simptomele clinice sunt nesigure.

In observația Nr. XXIV, cu septicemie streptococică, electrocardiograma a tranșat diagnosticul diferențial între o miocardită și o pericardită septică. *(Fig. 13.)* Puncția pericardică a confirmat diagnosticul electrocardiografic de pericardită prin extragerea unui lichid turbure, în sediment cu polinucleare și streptococi.

Intrebuințarea sistematică a electrocardiografiei în stările septice la fel în pneumonii, empieme, abcese pulmonare etc., poate evidenția atipii ale curbelor electrice datorite unei complicații pericardice și atunci când nu există simptome clinice caracteristice.

2. In diagnosticul diferențial dintre pericardita acută și cea epistenocardică vom lua în considerare criteriile descrise mai sus, cari diferențiază electrocardiograma din infarctul miocardic de cea din pericardită. Sunt însă cazuri când aceste criterii lipsesc, de exemplu în observația I este o comportare discordantă a segmentului *S—T*$_I$ și *S—T*$_{III}$ ca în tromboza coronariană;

invers, sunt infarcte cari dau o curbă electrică asemănătoare cu cea din pericardita acută. (Una din electrocardiogramele care ilustrează capitolul infarctului miocardic în cartea lui Scherf, se suprapune aproape perfect cu cea înregistrată în observaţia noastră de pericardită septică. Observaţia XXIV. Fig. 13.) In asemenea condiţiuni datele electrocardiografice trebuesc puse în concordanţă cu întreg tabloul clinic.

3. In plăgile şi traumatismele inimii modificările electrocardiografice sunt datorite de cele mai multe ori reacţiunilor inflamatorii ale pericardului, sau emopericardului.

4. Constatările făcute de noi ne permit să atribuim o valoare deosebită metodei electrocardiografice în diagnosticul pericarditelor, cari se încadrează în tabloul clinic al poliserozitelor tuberculoase. In aceste cazuri simptomele clinice pe de o parte, imaginea radiologică a unei pleurezii în partea stângă pe de altă parte, pot masca pericardita asociată.

Dacă în aceste condiţiuni segmentul terminal al electrocardiogramei *(S—T* şi *T)* sufere o denivelare sub linia izoelectrică, este probabil că există o pericardită asociată pleuro-peritonitei.

In simpfizele pericardice fie că sunt compensate, fie că au ajuns în faza de insuficienţă circulatorie, cu ficat mare şi ascită, în observaţiile noastre am constatat aceeaşi deplasare a liniei izoelectrice a segmentului terminal. Cu toate că aceste modificări nu sunt caracteristice, le putem atribui o valoare destul de mare dacă le interpretăm în legătură cu tabloul clinic. Un exemplu destul de convingător ne serveşte bolnavul Cs. Gh. (Observaţia XXI) care a fost trimis la clinică cu diagnosticul de „turburări funcţionale cardiace", deoarece examenul clinic şi radiologic nu a pus în evidenţă simptome destul de concludente. Electrocardiograma înregistrată de noi a prezentat modificări pe cari le-am fi putut atribui unei leziuni miocardice Bolnavul n'a avut însă nicio boală în antecedente, care ar fi putut da o determinare miocardică, în schimb a recunoscut că în 1932 a fost internat în clinică cu diagnosticul de pleurezie exudativă. Cercetând atunci foaia veche de observaţie clinică, am constatat că la examenul inimii era semnalată prezenţa frecăturilor pericardice. Am tras deci concluzia că atât turburările subiective cât şi modificările electrocardiografice sunt datorite unei simpfize pericardice.

Acest caz, precum şi alte observaţiuni din statistica noastră dovedesc că electrocardiografia ne poate da indicaţiuni preţioase pentru diagnosticul simfizei pericardice clinic latente.

Concluziuni. — Noi am întâlnit modificări electrocardiografice în 27 de cazuri din 30 de cazuri observate.

I. Unda *P* poate prezenta forme diferite, cari se deosebesc greu de variaţiunile ei fiziologice.

Fibrilaţia atrială am evidenţiat-o în două cazuri.

II. Complexul ventricular *(Q R S T)* poate fi interesat parţial sau în întregime.

1. Unda Q_{III} profundă se constată foarte rar. Noi am întâlnit-o într'un caz (observaţia II).

2. Modificarea mai des întâlnită a undelor *Q R S* este diminuarea amplitudinei.

Intr'unul din cele 8 cazuri în cari am observat-o, amplitudinea complexului iniţial varia în sens invers cu cantitatea lichidului pericardic.

3. Segmentul *S—T*, în pericarditele acute, prezintă o serie de modificări cari evoluiază în patru faze:

a) Deplasarea de asupra liniei izoelectrice.

b) Revenirea spre linia izoelectrică şi diminuarea amplitudinei undei *T.*

c) Inversarea undei *T.*

d) Revenirea acestor modificări la normal.

Aspectul electrocardiografic din faza I-a se aseamănă cu cel din infarctul miocardic.

Observaţiile noastre dovedesc că diagnosticul diferenţial între electrocardiograma din infarct şi cea din pericardită poate fi dificil (observaţiunile I şi XXIV).

Noi am întâlnit într'un număr relativ mare al cazurilor deplasarea în jos a segmentului *S—T* şi *T* diminuat sau inversat.

III. Modificările electrocardiografice în pericardite nu au un caracter specific. Dacă le interpretăm în lumina datelor clinice, le putem atribui un rol destul de important în diagnosticul afecţiunilor pericardice.

IV. In mecanismul de producere a anomaliilor electrocardiografice din pericardite intervin compresiunea şi afecţiunea miocardică asociată. Noi credem că pot fi invocate şi leziunile arterelor coronare.

Bibliografie

Buchner, Weber, Hanger: Koronarinfarkt und Koronarinsuffizienz. Leipzig 1935.

Clerc, Bascourret et Schwob: Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Année 1932, p. 292.

Castex Mariano-Garcia del Rio: La Presse Méd., Nr. 42, p. 813.

Coëlho: Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Année 1932, pag. 285.

Holzmann: Z. Klin. Med. 128, 731, 1935.

Hohrein: Klin. Wochenschr., 1931, pag. 2161.

Herles: Zeitschr. für Kreislaufforschung. Heft 14—15, Juli 1939, pag. 554.

Haţieganu—Goia: Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală, Vol. I. Cluj, 1934.

Lévy Robert et Marie Eswan: Archives des maladies du coeur et des vaisseaux. Nr. 3—4, 1940, p. 133.

Lakonski: Dtsch. Arch. Klin. Med. 174—263, 1933.

Meţianu C.: Modificările electrocardiografice în afecţiunile pericardului. Teză Nr. 1576, Cluj 1940.

Nana Aurel: Zentr. Chir. 66. Jahrg., Nr. 40, 1939.

Scherf: Lehrbuch der Elektrocardiographie. Wien, Julius Springer 1937.

Scherf · Perikarditis Ecg. Wien. Arch. inner. Med. 14. 443. 1927.

Urechia, Moga şi Dragomir: Recherches electrocardiographiques dans quelques maladies nerveuses. Bulletin de l'Academie de Médicine de Roumanie. I. année, tome II. Nr. 6.

Winternitz M. şi R Lagendorf: Das Elektrocardiogram der Perikarditis. Acta Medica Scandinavica. Vol. XCIV, fasc. V—VI 1938 şi Vol. XCIV, fasc. III, 1938.

CLINICA MEDICALĂ I şi CLINICA MEDICALĂ II
CLUJ—SIBIU

Directori: Prof. Dr. I. Haţieganu şi Prof. Dr. I. Goia

RESUMÉ

L'étude des électrocardiogrammes de 30 cas de péricardites aigues et chroniques nous a permis de constater que si l'écg est enregistrée plusieurs fois dans le même cas, les anomalies cardiographiques sont très fréquentes (27 pour 30 des cas).

Les anomalies intéressent le plus souvent le segment *S—T* et l'onde *T*.

Dans les péricardites chroniques on a pu constater des anomalies du tracé électrocardiographique ne peuvent pas être distinguées de celles qui sont dues aux affections myocardo-coronariennes. C'est pourquoi l'électrocardiogramme des sujets atteints de péricardite doit être interpreté dans la lumière des données cliniques. Sans cette réserve les auteurs ont pu démontré par leurs nombreux cas que l'électrocardiogramme est un moyen d'investigation précieux pour le diagnostic des diverses formes de péricardites.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden in 30 Fällen von akuten und chronischen Perikarditiden elektrokardiographische Untersuchungen angestellt.

Es wurde beobachtet, dass wenn derselbe Fall mehrmals untersucht wird, man sehr häufig Änderungen des Ecg. feststellt. (27 von 30 Fällen.)

Die Änderungen betreffen meistens das *S—T* Segment und die *T* Zacke.

In Fällen, die von morphologischem und evolutivem Standpunkt aus als akut zu bezeichnen sind, gleicht das Ecg. stark demjenigen des Myokardinfarktes.

In Fällen von chronischer Perikarditis wurden Ecg. gefunden, die von denen der Myokard- und Coronarerkrankungen nicht zu unterscheiden sind.

Aus diesen Gründen muss das Ecg. in Perikarditisfällen nur im Rahmen der klinischen Symptome gewertet werden.

Die Verfasser haben an Hand vieler Fälle gezeigt, dass das Ecg. einen besonderen Wert in der Diagnose der verschiedenen Perikarderkrankungen hat, wenn letztgenannter Umstand berücksichtigt wird.

Consideraţiuni asupra febrei tifoide în Spitalul Epidemic din Cluj în anii 1935-1940

de

Conf. Dr. I. Gavrilă
medic primar

Febra tifoidă este o boală infecto-contagioasă, care la noi în ţară se întâlneşte în mod constant, în special vara şi în cursul toamnei se înregistrează cazuri destul de numeroase, însă cazurile nu lipsesc nici în cursul iernii.

In Spitalul epidemic din Cluj aveam cazuri numeroase în permanenţă şi frecvenţa cazurilor este aproape aceeaşi în toate regiunile ţării.

Această boală având o mortalitate însemnată, pe de altă parte producând multe complicaţiuni viscerale, care pot lăsa urmări pentru toată viaţa, se înţelege dela sine importanţa ei deosebită pentru ţara noastră. De aceea am crezut util de a studia foile de observaţie a acestor bolnavi şi de a comunica constatările ce se degajă din ele. Am luat pentru acest studiu foile de observaţie din ultimii 6 ani.

Repartizarea după ani. Mai întâi iată un tablou asupra frecvenţei cazurilor în spital în cursul acestor ani:

Tablou Nr. I

Anul	Nr. cazurilor	Mortalitate Nr.	Mortalitate %
1935	94	9	9,5
1936	127	17	13.3
1937	165	22	13,3
1938	159	19	11,9
1939	122	11	9
1940	36	5	13,8
până în Aug.	—	—	—
Total	703	83	11,8

Se constată deci din acest tablou o frecvenţă destul de însemnată a cazurilor în cursul acestor ani, cu o mortalitate variabilă între 9 şi 13,8%, în medie 11,8%.

Aproximativ jumătate din aceste cazuri proveneau din municipiul Cluj, cealaltă jumătate din provincie, din satele judeţului Cluj şi a judeţelor limitrofe.

Repartizare după vârstă şi sex. In această privinţă să analizăm tabloul Nr. II.

Repartizarea după etate şi sex. Tabloul II.

Anul	1—2 ani	3-5 ani		6—10 ani		11—15 ani		16—20 ani		21—25 ani		26—30 ani		31—35 ani		36—40 ani		41—45 ani		46—50 ani		Peste 50 ani		Total	
	b	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f
1935	1	—	—	2	2	10	4	11	11	11	10	6	7	1	3	2	5	2	3	—	1	—	2	46	48
1936	1	—	2	2	2	7	12	18	14	9	13	7	14	1	8	4	2	2	5	—	2	—	2	51	76
1937	—	2	2	4	5	13	9	14	19	11	16	12	19	9	12	5	5	3	2	—	1	—	2	73	92
1938	—	—	—	2	5	6	13	21	22	15	18	10	13	7	7	2	5	3	4	1	—	3	2	70	89
1939	—	—	2	4	5	6	11	14	15	7	10	6	9	2	5	9	6	2	3	1	2	—	3	51	71
1940 până în Aug.	—	—	—	—	—	2	-	4	8	4	3	3	4	—	—	3	1	1	1	—	—	1	1	18	18
Total	2	2	6	14	19	44	49	82	89	57	70	44	66	20	35	25	24	13	18	2	6	4	12	309	394
%	0,28	0,28	0,85	1,99	2,7	6,25	6,97	11,66	12,66	8,11	9,96	6,41	9,39	2,84	4,98	3,55	3,41	1,85	2,56	0,28	0,85	0,57	1,71	43,9	56.1

Din examinarea acestui tablou se constată următoarele:

După *sex* se observă o predominare a bolii la sexul feminin, femeile reprezentând 56,1%, faţă de 43,9% procentul bărbaţilor. Această predominare a bolii la femei în general se pune pe socoteala vaccinărilor, ce se fac la bărbaţi în mod obligator în timpul serviciului militar. Nu este mai puţin adevărat că această explicare nu pare a fi suficientă, pentrucă în tabloul nostru se constată această predominare la sexul feminin şi la vârsta dinaintea serviciului militar, până la 20 de ani.

Repartizarea după vârstă. După cum se observă din tablou febra tifoidă se întâlneşte la toate vârstele, totuşi ea predomină între vârstele de 16—30 de ani, pentrucă între aceste vârste se întâlnesc 58,19% din cazurile noastre şi în special frecvenţa este mai mare între 16—20 ani, când, există un procent de 24,32% din totalul cazurilor.

Formele clinice după gravitate. După gravitate deosebim forme clinice uşoare, mijlocii şi grave de febră tifoidă.

Formele uşoare sunt cazurile, unde boala evoluiază cu un tablou clinic uşor: temperatură 38—39,5°, stare generală bună, întreagă simptomatologia clinică mai redusă.

Formele mijlocii sunt acelea unde simptomele sunt ceva mai accentuate, fără ca starea generală să fie prea mult alterată.

In formele grave de boală simptomatologia este foarte exprimată: temperatura 39—41°, starea tifoidă este foarte profundă, ataxo-adinamie, carfologie, delir, meteorism intens, diarei, tachicardie, etc.

Din acest punct de vedere cazurile noastre se repartizează conform tabloului III.

Forme clinice după gravitate. Tabloul Nr. III.

Anul	Uşoară	Mijlocie	Gravă	Total
1935	40	35	19	94
1936	50	38	39	127
1937	65	53	47	165
1938	68	44	47	159
1939	51	48	23	122
1940 Aug.	14	11	11	36
Total	288	229	186	703
%	40,98	32,57	26,45	

Din analiza acestui tablou se constată că formele uşoare sunt 288 (40,98%), formele mijlocii sunt 229 (32,57%), formele grave sunt 186 (26,45%).

Gravitatea şi vârsta. In această privinţă să examinăm tabloul alăturat, Nr. IV.

Din examinarea acestui tablou se constată următoarele: Intre vârsta de 1—10 ani au fost 45 cazuri dintre care 27 (60%) uşoare, 11 (24%) mijlocii, 7 (16 %) grave. Se constată deci că între vârsta de 1—10 ani formele uşoare de boală reprezintă cele mai multe cazuri, în orice caz ele sunt într'o proporţie mult mai mare ca la celelalte vârste. Nu este mai puţin adevărat că există cazuri grave într'o proporţie mai redusă şi la această vârstă, ceva mai redusă decât la celelalte vârste, unde proporţia cazurilor grave se ridică până la 29%. Există chiar şi cazuri mortale între vârsta de 1—10 ani. Deci nu se poate menţine drept

Gravitatea şi vârsta. Tabloul Nr. IV.

Forma	1—10 ani		11—20 ani		21—30 ani		31—40 ani		41—50 ani		Peste 50 ani		Total
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	
Uşoară . . .	27	60	112	42	84	37	42	40	16	43	7	46	288
Mijlocie . . .	11	24	91	34	77	34	33	32	13	35	4	27	229
Gravă	7	16	70	24	68	29	29	28	8	22	4	27	186
Total	45	—	273	—	229	—	104	—	37	—	15	—	703

regulă, cum se spune în general, că febra tifoidă la copii este totdeauna uşoară.

Repartizarea cazurilor după anotimpuri. In această privinţă să analizăm tabloul alăturat (V).

După anotimpuri. Tabloul Nr. V.

Anul	Ian.	Febr.	Martie	Apr.	Mai	Iunie	Iulie	Aug.	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Total
1935	5	4	4	2	4	4	5	16	19	14	12	5	94
1936	8	5	1	2	4	4	13	32	25	18	10	5	127
1937	8	5	7	2	1	11	20	20	41	20	18	12	165
1938	8	6	4	5	10	10	13	25	38	16	15	9	159
1939	6	7	8	6	5	5	16	32	14	9	7	7	122
1940	3	5	5	5	4	5	9	—	—	—	—	—	36
Total	38	32	29	22	28	39	76	125	137	77	62	38	703
%	5,4	4,55	4,12	3,12	3,98	5,54	10,81	17,78	19,48	10,95	8,81	5,4	

Din acest tablou se observă că frecvenţa mai mare a cazurilor este în timpul verii şi a toamnei, cu apogeu în lunile Aug.—Sept., însă cazurile nu lipsesc nici iarna, nici primăvara, totuşi primăvara sunt cele mai puţine cazuri.

Durata imunităţii în urma vaccinărilor. Stabilirea duratei imunităţii după vaccinările antitifice este destul de dificilă. In această privinţă părerile autorilor sunt variabile. Cei mai mulţi cred că imunitatea antitifică durează 1—2 ani, mai puţini cred că această imunitate durează 3—6 ani. Foarte probabil că imunitatea să dureze mai mult, cel puţin 1—2 ani după vaccinare există o imunitate solidă, apoi după acest timp imunitatea începe a scădea, însă un oarecare grad de imunitate mai persistă încă câţiva ani. Bărbaţi dela 22 de ani în sus din tabloul nostru majoritatea lor au fost vaccinaţi în timpul serviciului militar, îmbolnăvirile în aceste cazuri s'au produs la un interval variabil dela vaccinare, între 1—25 de ani.

Complicaţiunile în cursul anilor. In această privinţă să analizăm tabloul (VI) general al complicaţiunilor.

Tabloul complicaţiunilor (Nr. VI).

Anul	Nr. cazurilor	Hemoragie		Perforaţie		Colecistită		Flebită			Miocardită		Nefrită		Cong. pulm.		Pneumonie		Pleurezie		Recidivă	
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	unilat	bilat.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
1935	94	3	3,1	2	2,1	4	4,2	3	1	4,2	35	37,2	8	8,5	2	2,1	1	1	1	1	6	6,4
1936	127	17	13,3	—	—	7	5,5	5	3	6,2	55	43,3	10	7,8	5	3,9	2	1,5	1	0,7	16	12,5
1937	165	12	7,2	5	3	14	8,4	9	4	7,8	60	36,3	15	9,4	8	4,8	2	1,2	4	2,4	17	10,3
1938	159	18	11,3	2	1,2	12	7,5	8	2	6,2	61	38,6	13	8,1	11	6,9	2	1,2	3	1,8	22	13,8
1939	122	9	7,2	1	0,8	7	5,7	5	1	4,9	57	46,7	8	6,5	6	4,9	2	1,6	1	0,8	11	9
1940	36	2	5,5	1	2,6	1	2,7	2	1	8,3	18	50	3	8,3	3	8,3	1	2,7	1	2,7	2	5,5
Total	703	61	8,6	11	1,7	45	6,5	32	12	6,2	286	40,6	57	8,1	35	4,9	10	1,4	11	1,7	74	10,5

Din cercetarea acestui tablou (VI) rezultă următoarele:

Hemoragiile intestinale se prezintă cu o frecvenţă variabilă în cursul anilor dela 3,19% până la 13,38%, cu un procent mijlociu de 8,67% pentru toate cazurile.

Perforaţiile intestinale variază dela 0,82% la 3,03% în cursul anilor, cu o cifră medie de 1,7%.

Colescistitele se prezintă într'un procent de 2,77% până la 8,49% cu cifră medie de 6,54%.

Flebitele oscilează între 4,25% şi 8,33%, cu o cifră mijlocie de 6,26%.

Miocardita este prezentă în 36,36% până la 50% a cazurilor cu o medie de 40,6% asupra tuturor cazurilor.

Nefrita se întâlneşte la 6,55% până la 9,45% a cazurilor, cu o mijlocie de 8,1%. In cadrul nefritelor am clasat numai cazurile unde în cursul bolii se prezintă o albuminurie permanentă cu elemente renale. Nu am socotit aci albuminurile febrile trecătoare, care sunt aproape constante în toate cazurile de febră tifoidă.

Congestia pulmonară se prezintă în 2,12 — 8,33% a cazurilor cu o medie de 4,97% pe toate cazurile.

Pneumonia este prezentă în 1,09% până la 2,77% a cazurilor, cu o mijlocie de 1,42%.

Pleureziile se constată în 0,79% până la 2,77% a cazurilor cu o medie de 1,7%.

Recidivele s'au constatat în 5,55% până la 13,84% în cursul anilor cu o cifră medie de 10,5% asupra tuturor cazurilor. Ele s'au prezentat după un număr variabil de zile afebrile, de 1—30 zile. Recidivele au fost unice, însă câteodată au fost duble. In general au fost mai uşoare, decât prima boală.

Alte complicaţiuni, care nu sunt trecute în tablou au mai fost următoarele:

Ictere în 1,28% a cazurilor.

Amigdalita ulceroasă din perioada de stare a boli s'a întâlnit într'o proporţie de 2,12% — 5,55%, în medie 2,7%.

Stări meningeale, meningisme, caracterizate prin semne meningeale (cefalee, rigiditatea cefei, Kernig, etc.), cu lichidul cefalo-rachidian, macoscopic de aspect normal, cu reacţiuni de albumină pozitive şi cu limfocitoză, s'au întâlnit în 0,82 — 1,21% a cazurilor, în medie 0,86%.

Periostita s'a constatat în 0,82 — 2,77% a cazurilor, cu o medie de 1,42%.

Parotidita supurată, uni — sau bilaterală s'a observat în 0,61 — 3,14%, în medie 1,42%.

Otita medie uni — sau bilaterală s'a constatat în 1,25 — 5,55%, în medie 1,99%.

Mastoidita în 0,42% a cazurilor.

Surditate trecătoare în perioada de stare a boli s'a observat în 2,5%.

Nomă s'a constatat în 2 cazuri.

Decubitusuri s'au observat în 7% a cazurilor.

Furunculoză s'a întâlnit în 6% a cazurilor.

Complicaţiile în raport cu gravitatea. Din acest punct de vedere să examinăm tabloul VII.

Din analiza acestui tablou constatăm următoarele:

Hemoragiile intestinale se întâlnesc în formele uşoare de boală în 1,04% a cazurilor, în formele mijlocii în 2,19%, în formele grave în 28,49% a cazurilor. Deci hemoragiile intestinale se pot întâlni şi în

Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influenţând simultan sistemul glandular şi cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee; se vor înghiţi nemestecate.

KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eşantioane şi literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, **Bucureşti III.**

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malț

Gust foarte plăcut. Îl iau cu **plăcere** și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul între cele mai probate și eficace produse germane —

REPREZENTANT:

Farmacia G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Cosbuc Nr. 15

Complicaţiile în raport cu gravitatea. Tabloul VII.

Forma	Nr. cazurilor	Hemoragie		Perforaţie		Colecistită		Flebită		Miocardită		Nefrită		Cong pulm.		Pneumonie		Recidivă	
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Uşoară	288	3	1,0	—	—	7	2,4	10	3,4	4	1,3	4	1,3	3	1			26	9
Mijlocie	229	5	2,1	—	—	13	5,6	12	5,2	96	41,9	19	8,2	7	3	2	0,8	27	11,8
Gravă	186	53	28,4	11	5,9	25	13,4	22	11,8	186	100	34	18,2	25	13,4	8	4,3	21	11,2
Total	703	61	8,6	11	1,7	45	6,5	44	6,2	286	40,6	57	8,1	35	4,9	10	1,4	74	10,5

cazurile uşoare şi mijlocii de boală, însă ele predomină în cazurile grave.

Perforaţiile intestinale le întâlnim toate în cazurile grave de boală.

Colecistitele se constată în 2,43% din cazurile uşoare, în 5,67% a cazurilor mijlocii şi în 13,43% a cazurilor grave. Icterele (netrecute în tablou) se constată în 0,87% a cazurilor mijlocii şi în 3,76% a cazurilor grave în cazurile uşoare nu se constată icter, deci şi aceste complicaţii predomină în cazurile grave.

Flebitele se observă în 3,46% din cazurile uşoare, în 5,24% a cazurilor mijlocii şi în 11,82% a cazurilor grave.

Miocardita se constată în toate cazurile grave, în 41,9% a cazurilor mijlocii şi în 1,37% a cazurilor uşoare.

Nefrita se întâlneşte în 18,28% a cazurilor grave, în 8,29% a cazurilor mijlocii şi în 1,36% a cazurilor uşoare.

Congestia pulmonară, pneumonia, pleurezia şi toate celelalte complicaţiuni (amigdalita ulceroasă, periostita, parotidita supurată, otita, mastoidita, surditatea, meningismul, noma, decubitusul) survin în imensa lor majoritate în cazurile grave de boală, mai rar în formele mijlocii şi foarte rar în formele uşoare.

In ce priveşte recidivele ele se întâlnesc în 9% a cazurilor uşoare, în 11,8% a celor mijlocii şi în 11,2% a cazurilor grave. Deci recidivele survin aproape în aceeaşi măsură în toate formele de boală.

In rezumat toate complicaţiunile din febra tifoidă predomină în cazurile grave de boală, afară de recidive, care survin aproape în aceeaşi proporţie în toate cazurile.

Analiza cazurilor mortale. Din totalul de 703 bolnavi au sucombat 83, ceea ce reprezintă 11,8%, cu o variaţie în cursul anilor de 9—13,8%. Este un procent de mortalitate nu prea mare, fiindcă procentul general de mortalitate pe ţară în febra tifoidă este de 15—20%.

Cauza morţii în 11 din aceste cazuri a fost o perforaţie intestinală, care a dus totdeauna la sfârşit letal. In 6 din cazurile cu perforaţie s'a încercat o intervenţie chirurgicală, fără a putea salva niciunul din aceşti bolnavi operaţi, fie din cauza gravităţii boalei, fie că poate intervenţia a fost făcută prea târziu.

In 4 cazuri cauza morţii a fost hemoragia puternică produsă, hemoragia era aşa de masivă, că a inundat repede patul şi bolnavii s'au esangvinat fără a le putea prea mult ajuta cu mijloacele obişnuite de tratament în astfel de împrejurări.

In 2 cazuri cauza morţii a fost o pneumonie dublă.

In celelalte cazuri cauza morţii a fost gravitatea foarte intensă a bolii, infecţia tifică era foarte masivă, atacând toate organele viscerale (inimă, rinichi, ficat, creer, etc.), şi în cele din urmă datorită leziunilor profunde a acestor organe bolnavul a sucombat.

In ce priveşte vârsta şi sexul celor sucombaţi iată aci un scurt tablou rezumativ:

Vârsta şi sexul celor morţi

Vârsta	6—10 ani		11—15 ani		16—20 ani		21—30 ani		31—40 ani		41—50 ani		50—60 ani		Total	
	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f
	1	2	3	5	12	8	19	14	4	8	—	6	—	1	40	43

Din acest mic tablou se constată că aceste cazuri mortale se repartizează dela vârsta de 6 până la 60 de ani, ele totuşi predomină între vârstele dela 16 până la 30 de ani. Se constată din acest tablou că există cazuri mortale şi în vârsta copilăriei: între 6—10 ani sunt 3, între 11—15 ani sunt 8 cazuri mortale. După sex este aproape acelaş număr de morţi între bărbaţi, ca şi între femei.

RESUMÉ

Considérations sur la fièvre typhoide à l'Hôpital Epidémique de Cluj pendant 1935—1940

On relate une statistique de fièvre typhoide de l'Hôpital Epidémique de Cluj durant les dernieres 6 années (1935-1940).

Pendant ce temps ont été traités dans ce service 703 malades avec fièvre typhoide, dont 83 ont succombé, donc une mortalité moyenne de 11,8%. D'ailleurs la mortalité a varié aux cours des diverses années entre 9 et 13,8%. D'après l'âge on constate le maximum de fréquence des cas entre 16—30 ans, le plus grand nombre de cas mortels est de même à cet âge. D'après le sex on constate 56,1% chez les femmes et de 43,9% chez les hommes. Cette prédominance de la maladie chez les femmes est constatée aussi à l'âge entre 1—20 ans, donc avant les vaccinations qu'on fait dans l'armée. D'après la gravité il y a 40,98% des formes légères, 32,57% moyennes et 26,45 graves. Entre l'âge de 1—10 ans dans le plus grand nombre des cas la maladie évolue légèrement ou d'une manière moyenne, toutefois il existe même dans l'enfance des cas très graves (16%), et même mortels. D'après les saisons la maladie est plus fréquente pendant les mois d'Aout et de Septembre. Les complications se trouvent dans les proportions suivantes: hémorragies intestinales 8,67%, avec une variation au cours des années de 3, 19—13, 38%, perforations intestinales 1,7%, cholécistites 6,4%, ictères 1,28%, phlébites 6,38%, myocardites 1,42%, pleurésies 1,7%, amygdalites ulcéreuses 2,7%, méningismes 0,86%, périostites 1,42%, parotidites suppurées 1,42%, otites 1,99%, mastoidites 0,42%, surdités 2,5%, décubitus 7%, furoncles 6%, dans 2 cas de noma. Les récidives ont été observées, dans 10,5%, avec une variation d'après les années de 5, 55—13, 84%. Toutes les complications sont constatées dans les cas légers. Les récidives sont observées à peu près dans la même proportion dans tous les cas indifféremment de la gravité.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Typhus im Epidemie-Spital Cluj—Klausenburg aus den Jahren 1935—1940

Es wird hier über eine Statistik über Typhus in Epidemie-Spital Cluj—Klausenburg aus den letzten 6 Jahren (1935—40) berichtet. In dieser Zeit wurden in diesem Spital 703 Typhus-Kranke interniert und behandelt, unter denen 83 starben, also eine Durchschnittsmortalität von 11,8%. Übrigens schwankte die Mortalität im Laufe der Jahre zwischen 9 und 13,8%. Der Alter nach werden die meisten Fälle zwischen 16—30 Jahren festgestellt, ebenso werden die meisten Todesfälle auch in diesem Alter verzeichnet. Dem Geschlecht nach waren 56,1% Frauen und 43,9% Männer und wird das Vorherrschen der Krankheit beim weiblichen Geschlecht auch im Alter von 1—20 konstatiert, also vor der Impfung der Männer im Heer. Der Schwere der Fälle nach nimmt die Krankheit in 40,98% einen leichten, in 32,57% einen mittleren und in 26,45 einen schweren Verlauf. Im Alter von 1—10 Jahren verläuft die Krankheit leicht oder mittelmässig, jedoch existieren auch in diesem Kindesalter Fälle schwereren Verlaufs (16%), sogar auch Todesfälle. Der Jahreszeit nach ist die Krankheit frequenter in den Monaten August und September. Die Komplikationen wurden in folgenden Verhältnis angetrofen: Darmblutungen bei 8,67% der Fälle, mit einer Verschiedenheit im Laufe der Jahre von 3,19—13,38%, Darmperforationen 1,7%, Gallenblasenentzündung bei 6,4%, Gelbsucht bei 1,28%, Phlebitis bei 6,38%, Myocarditis bei 40,6%, Nephritis bei 8,1%, Lungencongestion bei 4,97%, Lungenentzündung bei 1,42%, Brustfellentzündung bei 1,7%, Tonsillitis ulcerosa bei 2,7%, Meningitis bei 0,86%. Periostitis bei 1,42%, eitrige Parotitis bei 1,42%, Otitis media bei 1,99%, Mastoiditis bei 0,42%, Taubheit bei 2,5%, Decubitus bei 7%, Furunkeln bei 6% der Fälle und in 2 Fällen Noma. Rezidiven wurden beobachtet in 10,5% der Fälle mit einer Variation den Jahren nach von 5,55%—13,84%. Alle Komplikationen wurden meist in schweren Fällen der Krankheit festgestellt, doch sind sie auch in leichten Fällen anzutreffen. Die Rezidiven werden fast in gleichem Masse beobachtet bei allen Fällen ohne Zusammenhang mit der Schwere der Fälle.

O complicaţie a pleurolizei: sindromul Claude Bernard-Horner

de

Dr. Sextil Rusu
Sanatoriul Moroeni

Sindromul Cl. Bernard-Horner este cauzat de secţionarea anatomică sau fiziologică a simpaticului cervical într'un punct oarecare al traectului său.

Triada oculară: ptoza, enoftalmia şi mioza, precum şi simptomele accesorii: turburări vaso-motorii şi secretorii la nivelul feţii, hipotonia musculară a feţii, constitue un tablou atât de caracteristic încât diagnosticul devine indiscutabil.

După rezecţia de bride prin metoda Jacobaeus, am observat două cazuri cu sindrom Cl. Bernard-Horner. Prezint aceste două cazuri întru cât socot interesantă discutarea lor din p. d. v. etiologic şi patogenic.

Observaţia I-a.

Bolnava I. C., 20 ani, se internează în Sanatoriu la 30 Oct. 1938, cu diagnosticul de tuberculoză cavitară stângă. B. K. pozitiv în spută. Din partea celorlalte organe nimic deosebit. In 7 Noemvrie 1938 se institue pneumotorax stâng. După cinci luni pe lângă o foarte bună stare generală, expectoraţia — deşi redusă — se menţine baciliferă. Radioscopic se constată un pno. incomplet, caverna fiind ţinută deschisă de bride multiple cu inserţie latero-apicală şi axilară. In 18 Martie 1939 se procedează la rezecţia bridelor. Inserţia latero-apicală, lungimea (4 cm.) şi structura (hialinizate), permite secţionarea rapidă şi corectă a tuturor aderenţelor, obţinându-se un colaps eficace. La câteva ore după operaţie, din cauza tusei, apare un emfizem masiv subcutanat care cuprinde progresiv întreaga regiune cervicală. Concomitent apar fenomene de compresiune asupra gâtului: turburări în deglutiţie, dispnee şi uşoară cianoză a feţei. Abia după cinci zile — în care timp tabloul clinic se menţine aproape nemodificat — odată cu dispariţia progresivă a emfizemului, se amendează şi semnele de compresiune. Ceea ce ne reţine însă în mod deosebit atenţiunea sunt modificările care apar la nivelul ochiului de partea operată, a doua zi după intervenţie. Se constată ptoza pleoapei superioare fără ca marginea palpebrală să acopere pupila. Pleoapa îşi păstrează mobilitatea executând mişcări la manevrele cerute. Pupila este miotică însă reacţionează la lumină. Globul ocular nu este căzut în orbită. Aceste simptome se menţin şi după rezorbţia emfizemului, iar a 10-a zi apare şi enoftalmia. La plecarea pacientei din Sanatoriu la 22 Aug. 1939, în admirabile condiţiuni pulmonare, modificările dela nivelul ochiului — în afară de o ameliorare a ptozei — se menţin neschimbate.

Observaţiunea II-a.

Bolnava M. B., de 42 de ani, se internează în Sanatoriu la 3 Martie 1940, cu pno. stâng vechiu de 1 an, bridat apical şi mediastinal. In bont nu apar imagini cavitare. Pulmonul drept clinic şi radiologic apare sănătos. Afebrilă B. K. pozitiv în spută. După patru luni sputa menţinându-se baciliferă, se intervine pentru rezecţie de bride. Operaţia are loc în 10 Iulie 1940. Din cauza scurtimii şi a intimei lor inserţii pe artera subclaviculară, secţionarea aderenţelor se face greu. Se obţine colaps total. La coborârea pacientei de pe masa de operaţie, am fost frapat de o serie de modificări la nivelul ochiului şi feţei stângi (corespunzătoare intervenţiei). Am constatat ptoza pleoapei superioare stângi cu păstrarea mobilităţii; mioză cu reflexul fotomotor prezent. A 6-a zi după intervenţie devine evidentă şi enoftalmia. Faţa devine asimetrică prin diminuarea tonicităţii muşchilor obrazului. Cutele frunţii, sprânceana, comisura buzelor au căzut uşor încât axul lor orizontal s'a înclinat de partea stângă. De aceeaşi parte se constată congestia feţii, a conjuctivei şi lăcrimarea ochiului. Turburările vaso-motorii încep a se atenua după 5—6 zile.

După zece zile bolnava părăseşte Sanatoriul cu un colaps pulmonar ameliorat şi cu un sindr. Claude Bernard-Horner, drept complicaţie a rezecţiei de bride.

Dela părăsirea Sanatoriului n'a mai putut fi urmărită niciuna din paciente.

Discutarea cazurilor

Vom recunoaşte dela început că în ambele cazuri momentul etiologic este net determinat; în primul caz lezarea simpaticului cervical prin emfizem compresiv, iar în al doilea caz lezarea directă a simpaticului pe cale endopleurală în timpul dezinserării aderenţelor de pe artera subclaviculară.

In ce priveşte mecanismul producerii sindr. Cl. B.-H., reţinem că la primul caz apare la 24 ore după operaţie, adecă la aproape tot atâtea ore după instalarea emfizemului cervical profund, consecutiv căruia au apărut fenomenele de compresiune pe marile vase şi organe. Compresiunea dela acest nivel a interesat şi simpaticul cervical, declanşând un sindr. Cl. B.-H., prin secţionarea la început fiziologică a acestuia. Cum compresiunea a durat cu aceeaşi intensitate încă 4—5 zile, sau produs alterări ireversibile în structura istologică a simpaticului, încât paralizia a devenit permanentă.

In al II-lea caz, lezarea simpaticului a avut loc pe cale endopleurală în timpul actului operator, deoarece la coborîrea de pe masa de operaţie pacienta prezenta sindr. Cl. B.-H. tipic. Lezarea simpaticului a fost posibilă fie prin secţionarea filetelor simpatice în timpul decolării manşonului aderenţial periarterial, fie prin lezarea prelungirilor nervoase ale glanglionului stelar prin căldura radiată de cauterul încălzit la roşu, în timpul aceloraşi manevre.

In concluzie putem spune următoarele:

1. Ambele cazuri prezintă sindromul Cl. Bernard-Horner, drept complicaţie a pleurolizei; unul datorit acţiunii compresive a emfizemului cervical profund, iar al II-lea, acţiunii coagulante a electrocauterului manevrat în vecinătatea imediată a sist. simpatic cervical.

2. Intervenţiile în zona apicală şi mediastinală, după metoda Jacobaeus, sunt susceptibile a leza simpaticul cervical. Din acest motiv se cere o atenţiune deosebită când se lucrează în zona simp. cervical, căci lezarea lui are repercusiuni serioase asupra funcţiunilor şi esteticii feţei.

3. Apariţia târzie a enoftalmiei, ne face să credem că acest simptom este provocat de dispariţia ţesutului

grăsos al orbitei (dispariţie cauzată de turburările trofice dela acest nivel), şi nu prin paralizia fibrelor netede ale muşchiului orbitar inferior.

RESUMÉ

Une complication de la pleurolyse: Le syndrome Claude Bernard-Horner

L'auteur décrit deux cas de syndrome Cl. Bernard-Horner, comme complication de la pleurolyse d'aprés Jacobaeus. Un cas declanché par emphysème compressif au niveau du cou; l'autre cas par l'action coagulante du thérmocautère tout prés du système sympatique cervical.

Pendant la section des adhérences médiastinales et appicales. il peut se produire des lésions dans les ganglions cervicales.

L'apparition tardive de l'énophtalmie chez ce syndrome peut être expliqué par la disparition du tissu de graisse de l'orbite, pas par la paralysie du muscle orbital inferieur.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Claude Bernard-Horner'ische Syndrom im Zusammenhang von intrapleuralen Stranglösungen nach Iakobaeus

Der Derfasser veröfentlicht 2 Fälle mit Claude Bernard-Horner'ischen Syndrom als Komplikation bei Pleurolyse nach Iakobaeus.

Ein Fall verursacht durch cerviceales Emphysem, mit Kompressiver Wirkung, der zweite Fall durch koagulierender Wirkung des Termokauters in nächster Nähe des cervikalen sympatischen Nervensystems.

Die Stranglösung nach Iakobaeus in mediastinaler und appicaler Gegend können Ledierungen des cervicalen Ganglions zufolge haben.

Das verspätete hervortretten der Enophtalmie bei diesen Syndrom glauben sie mit dem schwund des orbitalen Fettgewebes erklären zu können nicht durch die paralyse des Musculus orbitalis inferior.

Probleme terapeutice

Criogenina în tratamentul febrei tifoide

de

Dr. I. Daniel şi **Dr. S. Schiau**

In spitalul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale din Sebeş—Alba, în ultimii 6 ani au fost tratate şi observate 263 cazuri de febră tifoidă. Acestea cazuri au provenit din oraşul Sebeş şi din comunele învecinate.

Numărul cazurilor de 9 în 1935 a crescut progresiv pentru ca în anul 1937 să ajungă maximul de 95, a scăzut apoi în anii următori până la 20 în 1940, ca în 1941 numărul să crească din nou ajungând la 44 în primele 5 luni.

Statistica pe ani cu Nr. cazurilor internate în spitalul susamintit să prezintă în modul următor:

In anul	1935	9	cazuri
„	1936	17	„
„	1937	95	„
„	1938	66	„
„	1939	12	„
„	1940	20	„
„	1941 primele cinci luni	44	„

Intru cât cazurile internate s'au recrutat din oraşul Sebeş şi comunele învecinate situate pe cursul râului Sebeş, ar rezulta din cele de mai sus că persistenţa endemică a febrei tifoide ar putea fi pusă în legătură cu apa infectată a susnumitului râu.

Cercetările făcute de organele Sanitare în timpul din urmă, au stabilit că sursa de infecţie s'ar găsi în apa unei fântâni din curtea unei fabrici din localitate şi care fântână situată în apropierea râului Sebeş este situată pe traectul canalului de scurgere al spitalului şi care ar prezenta defecţiuni.

Din statistica de mai sus şi din constatările organelor sanitare, de sigur nu se pot trage concluziuni epidemiologice precise, fiindcă nu suntem în posesiunea numărului total de cazuri din anii de mai sus, deoarece se ştie că chiar în epidemiile grave numărul celor internaţi nu depăşeşte proporţia de 25—35%.

In tot cazul după părerea noastră febra tifoidă a perzistat endemic în oraşul Sebeş, pentru ca în anul 1937 să apară o epidemie sub formă explosivă, răspândindu-se şi în comunele învecinate. Această constatare pare să fie verosimilă întru cât majoritatea cazurilor de bolnavi au fost recrutate dintre muncitorii susamintitei fabrici şi dintre muncitorii cari lucrau la plutirea lemnelor pe râul Sebeş.

In afară de faptul că aceşti muncitori trăiesc în proaste condiţiuni igienice, fără closete, iar apa fie pentru gătit sau spălat, fie pentru băut o i-au direct din râu, îndeplinând astfel toate condiţiunile optime de contaminare, de sigur că la răspândirea boalei a contribuit nu numai apa râului Sebeş ci şi contactul direct sau indirect fie prin alimente sau efecte contaminante.

In legătură cu cazurile internate, dacă ne referim la cauzele predispozante am constatat că:

Vârsta cea mai predilectă este între 10—20 ani. Statistica noastră este următoarea:

Intre	5—10 ani	7%
„	10—20 „	50 „
„	20—30 „	26 „
„	30—40 „	10 „
Peste	40 ani	7 „

Sexul: In general pare că boala predomină la femei, după cum am constatat şi noi exceptând epidemia din 1937, când din 95 de cazuri 64 cazuri au fost bărbaţi şi numai 31 de cazuri au fost femei. Acest număr mare de bărbaţi, s'ar explica prin faptul că din 64 cazuri 42 cazuri proveneau în acest an dintre muncitorii cari lucrau la plutirea lemnului pe râu.

In ceea ce priveşte anotimpul, cazurile cele mai frecvente au survenit în cursul lunilor Iulie, August, Septemvrie şi în lunile anotimpului de primăvară. Pentru considerentele amintite mai sus, nu putem trage concluziuni precise.

Simptomatologia. Deoarece, în afară de puţine cazuri, bolnavii veneau în spital în săptămâna a 2-a de boală, deci în perioada de stare, semnele subiective şi obiective erau acelea obişnuite acestui stadiu.

Subiectiv, bolnavii se plângeau de dureri în tot corpul, slăbirea forţelor fizice, sensaţie de greutate şi balonare abdominală, inapetenţă, insomnie şi de cele mai multe ori o constipaţie rebelă.

Obiectiv, bolnavii prezentau temperatură între 38—40%, bradicardie relativă, limba încărcată, meteorism, ghiorăituri ileo cecale, uneori splenomegalie uşoară mai des sensibilă la palpare. Foarte adeseori raluri de bronşită.

Examenele de laborator executate constau din numerotarea leococitelor care în toate cazurile erau scăzute. Diazoreacţiunea Ehrlich pozitivă. Seroreacţiunea de aglutinare Widal executată de laboratorul Regional Arad, apoi Alba a fost în toate cazurile pozitivă, la titrul de 1/250—1/500. Hemocultura din lipsă de material şi personal nu s'a executat.

După acestea scurte consideraţiuni de ordin epidemiologic şi clinic vom trece la partea principală a lucrării de faţă şi care constă din conduita noastră terapeutică ce am avut-o faţă de cazurile internate. Inainte însă de a o expune credem că e necesar să facem o scurtă recapitulare a tratamentului încercat şi obişnuit până azi.

Tratamentul febrei tifoide în lipsa unui tratament specific, se reduce la măsuri de ordin igienic, dietetic şi simptomatic fiind în imposibilitatea de-a opri evoluţia obişnuită a bolii sau a preîntâmpina complicaţiile.

Măsuri de igienă. In ceea ce priveşte măsurile de igienă ele se reduc la igiena camerii, toaleta cavităţii bucale, a cavităţilor nasale şi a pielii.

Măsuri de ordin dietetic. In perioada febrilă unii autori recomandă un regim strict-lactat, care constă din: lapte, supe strecurate şi lichide zaharate, iar după alţii un regim ceva mai larg introdus dela începutul boalei, permiţând pe lângă alimentele de mai sus, făinoase, ouă, pâine, cărnuri tocate.

Tratament medicamentos. Intru cât vaccinoterapia şi seroterapia în febra tifoidă a dat rezultate dubioase, în mod curent, se recurge la un tratament simptomatic. In afară de constipaţie care se combate cu mici clizme de oleu, sau diareile accentuate prin preparate de tanin şi opiu, sau insuficienţa aparatului circulator periferic cu „micile preparate cardiotonice", s'au întrebuinţat o serie întreagă de medicamente cu caracter antiseptic şi antiinfecţios. Menţionând preparatele din seria urotropinei, a sulfamidelor colorate sau necolorate şi preparatele coloidale.

In ceea ce priveşte combaterea temperaturei ridicate în febra tifoidă a existat în totdeauna o divergenţă de păreri. Unii autori susţin utilitatea combaterii temperaturii, obţinând astfel o evoluţie mai benignă a boalei, iar alţii din contră nu combat temperatura considerând-o aceasta ca un semn de bună reacţiune a organismului faţă de infecţia tifică. Aceşti din urmă autori mai susţin că combaterea temperaturii prin antitermice puternice nu este lipsită de riscuri, fiindcă acestea ar avea o acţiune deprimantă asupra sistemului cardiovascular.

Fiind în posesiunea unui mare număr de cazuri de febră tifoidă ne-am permis să lămurim în limita posibilităţilor această problemă viu discutată şi încă nerezolvată. In planul nostru de lucru am adoptat următoarea metodă. O serie de bolnavi au fost trataţi prin medicaţiunea obişnuită simptomatică fără antitermice şi o altă serie de bolnavi prin medicaţia antitermică. Rezultatul observaţiei noastre a fost cât se poate de concludent, constatând că seria de bolnavi tratată cu antitermice a avut o evoluţie mai scurtă şi a fost scutită de complicaţii, pe când în seria de bolnavi trataţi fără antitermice boala şi-a făcut evoluţia obişnuită.

Ilustrăm constatările noastre prin următoarele cifre concrete:

Seria I-a de bolnavi tratată fără antitermice se cifrează la un număr de 26 cazuri, dintre cari 15 au făcut complicaţii, iar dintre acestea 4 au decedat, mortalitatea fiind de 15%.

Seria II-a de bolnavi tratată cu antitermice se ridică la un număr de 237 cazuri, dintre cari 49 au făcut complicaţii, decedând dintre aceştia un număr de 13, mortalitatea fiind de 5,5%. Menţionăm că bolnavii cu complicaţii din seria II-a în 95% a cazurilor au intrat în spital în săptămâna a 3-a de boală prezentând deja diferite complicaţii.

Situaţia comparativă în procentuaj se prezintă astfel:

Seria I-a		Seria II-a	
Nr. total al cazurilor .	26.—	Nr. total al cazurilor	237.—
vindecaţi	22.—	vindecaţi	224.—
decedaţi	4=15%	decedaţi	13= 5,5%
complicaţii	15=57%	complicaţii	49= 21%

După mai multe încercări am ajuns la constatarea că medicamentele cu o acţiune antitermică mai eficace, erau o asociaţie de piramidon cu criogenină în doza de a. a. 0,25 de 3 ori la zi, în toate cazurile tratate în acest fel am obţinut foarte bune rezultate. Totuşi nu eram satisfăcuţi întru cât nu ştiam în contul cărui antitermic obţineam bunele rezultate. De aceea am tratat o serie de bolnavi numai cu piramidon alta numai cu criogenină, iar celei de a 3-a am administrat 7 zile la începutul boalei numai piramidon apoi numai criogenină. Atât în cazurile unde s'a instituit dela început tratamentul cu criogenină, cât şi în cazurile unde am intercalat, după un tratament cu piramidon, criogenina, am fost frapaţi de scăderea aproape critică a temperaturii şi de ameliorarea tuturor fenomenelor cari formau apanajul febrei tifoide. Am mai observat că scăderea temperaturii şi ameliorarea fenomenelor este în funcţie de ziua bolii în care se instituie tratamentul cu criogenină. Astfel dacă se instituie tratamentul în primele 10 zile de boală, temperatura scade între una şi 3 zile în 96% a cazurilor. Dacă se instituie tratamentul după acest timp ziua în care survine afebrilitatea întârzie până la maximum 7 zile.

Ce este criogenina? Din farmacopeele ce le-am avut la dispoziţie reese că criogenina este un fenilsemi-carbazit. Este o pudră albă, cristalină, inodoră, uşor amară, puţin solubilă în apă, solubilă însă în alcool, eter şi cloroform. Ca proprietăţi şi indicaţii terapeutice se menţionează că este un antitermic şi analgezic. Se administrează în doze dela 0,20 gr. până la 1,5 gr. la zi.

Conduita noastră terapeutică a constat din măsuri de ordin igienic şi dietetic precum şi din administrarea de criogenină de 4 x 0,25 gr. la zi.

In urma acestor scurte consideraţiuni şi plecând dela punctul elucidării problemei antitermicelor în febra tifoidă, după observaţii îndelungate de ani de zile credem că am ajuns în a fi găsit medicamentul cel mai eficace în tratamentul febrei tifoide, înlăturând astfel tratamentul pur simptomatic şi de espectativă. Că acest medicament acţionează ca un antitermic, sau ca specific în febra tifoidă rămâne de cercetat şi precizat într'o lucrare viitoare. Credem că nu exagerăm dacă susţinem o comparaţie între acţiunea sulfamidelor în strepto-pneumococii cu acţiunea criogeninei în febra tifoidă. De sigur că susţinerea tezei noastre o bazăm numai pe fapte clinice, la patul bolnavului, rămânând ca modul de acţiune a criogeninei în febra tifoidă să fie elucidat în laborator.

SPITALUL CASEI CENTRALE A ASIGURĂRILOR SOCIALE
SEBEŞ—ALBA

Director Medic Primar: Dr. I. Daniel

RESUMÉ

La cryogénine dans le traitement de la fièvre typhoïde

Les auteurs ont cherché de clarifier le problème des antithermiques dans la fièvre typhoïde en liaison avec une statistique personnele de 263 cas. De l'observation de leurs malades ils sont arrivé à la conclusion que les cas traités avec pyramidon et cryogénine, mais surtout par la dernière ont guéri très rapidement. Si on donne la cryogénine dans les premiers 10 jours de maladie la guérison se produit après 3—5 jours d'administration, mais si on donne la cryogénine après le 10-e jour de maladie la guérison se produit dans 10 jours.

ZUSAMMENFASSUNG

Cryogenin in der Behandlung des Typhus-Abdominalis

Die Verfasser suchten das antithermische Problem bei Typhus, an der Hand einer eigenen Statistik von 263 Fällen, zu klären. Aus den Beobachtungen dieser Fälle gelangen sie zur Ansicht, dass die mit Pyramidon und Cryogenin, aber hauptsächlich mit Cryogenin behandelten Kranken, sehr schnell geheilt wurden. Wenn in den ersten 10 Tagen der Krankheit Cryogenin gegeben wird, tritt die Heilung nach 3—5 Tagen ein; wenn Cryogenin nach dem 10-ten Tage der Krankheit verabfolgt wird, so tritt die Heilung in 10 Tagen ein.

Probleme sanitare

Sifilisul în circumscripţia Sălciua de jos

de

Dr. Liviu Tăutan,
medic de circumscripţie

Dintre bolile cu caracter social şi care prezintă o importanţă mai mare în circ-ţia Sălciua de jos, pe lângă tuberculoză, este sifilisul.

Ca să ne dăm bine seama de cauzele răspândirii acestei plăgi, cred că nu e de prisos a arunca o privire succintă chiar asupra circ-ţiei, putând astfel înţelege şi greutăţile ce se întâmpină.

Formată din 8 comune politice, cu o populaţie de 7351 locuitori, circ-ţia Sălciua de jos se întinde de-a-lungul Arieşului, cât şi a afluenţilor lui, resfirându-se pe toate dealurile până în inima Muntelui Mare, la 25 km de reşedinţa circ-ţiei. Cele mai multe comune politice sunt formate din 1—3 cătune — Poşaga de sus 3 cătune — la o distanţă de 5—7 km unele de altele, de aici şi greutatea de administrare şi control prea amănunţit, acesta fiind îngreunat şi de lipsa mijloacelor de deplasare, care se fac fie călare, fie pe jos. Faptul că locuinţele sunt foarte răspândite, face ca şi descoperirea tuturor cazurilor de sifilis să fie mult îngreunată.

Cauzele care contribuie la răspândirea acestei plăgi sociale în munţi credem că sunt mai multe, între care cele mai importante sunt:

1. *Sistemul colibelor,* vieaţa de păstor a acestor locuitori. — Din cauza că pământul arabil şi fânaţele sunt departe de sat, iar aducerea recoltelor acasă este imposibilă din cauza terenului muntos, locuitorii şi-au construit coliba unde-şi ţin vitele tot timpul din primăvară până în iarnă, — în unele locuri şi iarna (Ocoliş). Ori îngrijirea acestor vite este dată în grija copiilor mai mari şi mai ales a fetelor. Aceste colibe servesc de „locuri de întâlnire" pentru tineret. Acest fel de vieaţă de prea multă libertate şi departe de controlul părinţilor, aruncă tineretul, lăsat în voia instinctelor sexuale, în braţele acestei plăgi. De sigur că în acest caz părinţii poartă întreaga răspundere, căci la ei primează interesele economice faţă de sfaturile medicale.

2. Altă cauză care contribuie la răspândirea acestei boli şi la greutatea descoperirii la timp a izvoarelor de infecţie, este *tăinuirea bolii* şi nedeclararea persoanelor dela care s'au infectat, e o solidaritate în complicitate. Bolnavul nu declară mai niciodată persoana dela care s'a infectat, astfel că până la o descoperire pe alte căi, acea persoană continuă a infecta şi alte persoane.

3. *Depărtarea dela dispensar* de asemenea contribuie la răspândirea infecţiei sifilitice şi la imposibilitatea de a putea stinge complet focarele, deoarece bolnavii pe lângă că se prezintă la tratament prea târziu, când organismul este deja infectat, şi nici nu urmează tratamentul decât numai până la dispariţia leziunilor, considerându-se vindecaţi odată cu dispariţia acelora. Toate lămuririle ce li se dau nu-i pot convinge că pericolul nu a dispărut încă.

Tablourile ce urmează ne arată clar în ce raport e infecţia sifilitică cu sistemul colibelor şi cu depărtarea dela dispensar. Se vede că în satele mai răspândite şi unde sistemul colibelor e mai întins, infecţia sifilitică e mai întinsă; astfel sunt comunele Poşaga de sus, Sălciile, Ocolişul, etc., iar pe măsură ce comunele sunt mai restrânse — cazul comunelor Vidolm şi Lunca — iar sistemul colibelor nu e aşa răspândit, infecţia e mai mică.

Tabloul 1. — Cazurile de sifilis descoperite în circ-ţia Sălciua de jos până la 31 Decemvrie 1940

Nrul crt.	Numirea comunei	Forma de sifilis						Total descop. până la 31 Dec. 1940	Scoşi din evidenţă		Rămaşi la 31 Dec. 1940
		sif. I	sif. II	sif. III	sif. lat.	para-sif.	sif. ered.		morţi	vin-dec.	
1	Sălciua de jos . . .	3	6	6	30	5	9	*59*	4	7	*48*
2	Sălciua de sus . . .	2	2	6	33	3	3	*49*	3	8	*38*
3	Poşaga de jos . . .	—	1	4	21	—	—	*26*	2	5	*19*
4	Poşaga de sus . . .	3	3	13	37	6	2	*64*	3	9	*52*
5	Lunca . . .	—	—	—	6	—	3	*9*	2	—	*7*
6	Ocoliş . .	7	3	4	14	2	—	*30*	2	2	*26*
7	Runc . . .	—	—	—	10	1	1	*12*	—	—	*12*
8	Vidolm . .	—	—	1	1	2	—	*4*	—	—	*4*
	Total . . .	15	15	34	152	19	18	*253*	16	31	*206*

Din tablou mai rezultă că cele mai multe dintre cazuri sunt formele latente, ceea ce denotă că infecţia este veche, mai ales în comunele Sălciua de jos, Sălciua de sus, Poşaga de jos şi Poşaga de sus, de aici şi formele mai frecvente de sifilis ereditar, pe câtă vreme în celelalte comune sunt mai puţine cazuri. In comuna Ocoliş s'au ivit, în ultimul timp, mai multe forme de sifilis I—III, deci infecţii mai recente, ori aci sistemul colibelor este mai răspândit, — şi, chiar şi iarna, tineretul este foarte slab supravegheat.

Din al 2-lea tablou se vede răspândirea procentuală a cazurilor de sifilis, pe comune, la 31 Dec. 1940:

Tabloul 2. — Situaţia sifilisului în circ-ţia Sălciua de jos, pe comune, la 31 Decemvrie 1940:

Nr. crt.	Comuna	Numărul locuitorilor la 31 Dec. 1940	Numărul bolnavilor	Procentul la 1000 locuitori
1	Sălciua de jos . . .	1381	48	*34,7*
2	Sălciua de sus . . .	1367	38	*27,7*
3	Poşaga de jos	789	19	*25,3*
4	Poşaga de sus . . .	1338	52	*38,8*
5	Lunca	491	7	*14,2*
6	Ocoliş	774	26	*33,5*
7	Runc	749	12	*16,0*
8	Vidolm	462	4	*8,6*
	Total . . .	7351	206	*27,9‰*

Din acest tablou rezultă că cea mai infectată comună este Poşaga de sus — este şi cea mai depărtată de dispensarul nostru —, urmează apoi Sălciua de jos, Ocolişul, etc., adecă comunele cu sistemul de colibe mai răspândit şi unde, deci, tineretul scapă mai mult de supravegherea părinţilor. Această lipsă de supraveghere se vede şi din numărul de naşteri nelegitime mai mare în aceste comune.

Tratamentul cazurilor de sifilis se face la dispensarul din Sălciua de jos de două ori pe săptămână. Frecventarea dispensarului este destul de mare, însă cei care-l frecventează mai des şi mai regulat sunt bolnavii din comunele mai apropiate, cei din comunele depărtate urmând tratamentul numai în perioada când constată ei unele leziuni ori simptome subiective, întrerupându-l de îndată ce fenomenele subiective dispar.

Din tabloul de jos se vede numărul injecţiilor antisifilitice administrate anual, din care se pot trage şi concluzii de frecventarea dispensarului în vederea tratamentului:

Tabloul 3. — Tratament antisifilitic în anii 1935—1940, la dispensarul din Sălciua de jos.

Anul	Neosalv. Inj. 1	Neosalv. gr.	Bismut 2	Alte medic. 3	Total inj. 1—3	Reacţia Wassermann +	Reacţia Wassermann	Observ.
1935	339	153,39	250	28	617	7	7	
1936	373	169,34	203	32	608	11	18	
1937	426	226,50	90	8	524	8	23	
1938	392	172,25	84	6	482	11	38	
1939	306	113,55	193	8	507	2	21	
1940	431	170,05	131	5	567	46[1]	12	[1] O parte descop. de echipa soc.
Total	2267	1000,08	951	87	3305	85[2]	119	[2] 11,5‰

Rezultă că în intervalul de timp dela 1935—1940 s'au făcut în total 3305 injecţii antisifilitice, dintre care mai multe de neosalvarsan, 2267 cu 1000,08 gr; 951 injecţii bismut şi 87 alte medicamente.

Cele mai multe injecţiuni cu neos. s'au făcut în anul 1940, bolnavii preferându-l celor de bismut pentru că nu sunt dureroase.

Din cele de mai sus rezultă că sifilisul constituie o problemă destul de importantă pentru populaţia din munţi, unde din cauza atâtor piedeci nu se poate face o sterilizare completă a focarelor de infecţie fără un ajutor şi o colaborare cu alte organe, care să-l ajute pe medicul de circ-ţie în opera lui destul de întinsă, fiind silit a lucra, în cele mai multe cazuri, în condiţiuni destul de vitrege.

Epidemia de febră tifoidă din comuna Galeş, jud. Sibiu din Ianuarie — Februarie 1941

de

Dr. I. Ardelean şi **Dr. T. Ilea**
Asistent Med. Ingienist

Febra tifoidă împreună cu celelalte boli infecţioase intestinale sunt boli a căror răspândire ţine în primul rând de condiţiunile insalubre a mediului extern fizic. O reducere simţitoare în morbiditatea şi mortalitatea febrei tifoide se poate realiza prin măsurile sanitare adresate surselor de apă, care deservesc colectivităţile cu apă potabilă şi îndepărtării rezidiilor şi murdăriilor în aşa fel, ca să se evite un scurt circuit între apa potabilă şi dejectele umane. Datorită acestor măsuri, în unele din statele apusene cum sunt Statele Unite ale Americei, frecvenţa febrei tifoide a fost redusă considerabil. Acolo azi se vorbeşte de febră

tifoidă „reziduală" sau de o curbă normală a febrei tifoide. Sub febră tifoidă reziduală se înţeleg cazurile de febră tifoidă care au altă origine decât cea hidrică, adică îmbolnăviri prin contact direct sau indirect, prin alimente, în special lapte şi altele. Curba anuală a febrei tifoide „reziduale" este formată de cazurile endemice şi se caracterizează printr'o accentuare a curbei în cursul verei şi a toamnei. Acest aspect al curbei de îmbolnăviri se repetă anual, cu regularitate, spre deosebire de curba neregulată a febrei tifoide din colectivităţile unde apa de băut constitue un mijloc important de răspândire a infecţiunei.

Fără îndoială, la noi, situaţia febrei tifoide este departe de curba normală. Epidemiile mici şi mari, de diferite origini, în special cele hidrice. care survin frecvent în colectivităţile noastre fac ca febra tifoidă la noi să fie endemo-epidemică. Iar dacă epidemiile hidrice, nu au un caracter masiv şi impresionant explosiv, se datoreşte faptului că sursele de apă de băut, neigienice, din comunele noastre rurale sunt multiple şi fiecare alimentează, un număr relativ mic de persoane. Când o astfel de sursă de apă se contaminează numărul celor ce se îmbolnăvesc nu este prea mare.

Prin standardul nostru de vieaţă şi prin organizaţiunea noastră sanitară actuală, mari pretenţii în reducerea îmbolnăvirilor prin contact nu prea putem avea. O diminuare însă în frecvenţa îmbolnăvirilor prin apele de băut şi evitarea epidemiilor hidrice de febră tifoidă, trebue să se facă fiindcă este posibilă şi la noi.

Epidemia de febră tifoidă din comuna Galeş, jud. Sibiu, apărută în cursul lunei Ianuarie—Februarie 1941, este un exemplu care ilustrează într'o măsură importanţa problemei aprovizionării cu apă potabilă şi în general starea sanitară din mediul nostru rural.

Criteriile după care se recunoaşte că o epidemie a luat naştere pe cale hidrică sunt următoarele :

1. Imbolnăvirile apar la persoane care au consumat apă dintr'o anumită sursă de apă. Aceasta e adevărat pentru primele cazuri din epidemie însă mai târziu apar cazuri secundare prin contact dela cazurile primare.

2. Cazurile sunt dispersate pe o suprafaţă care se suprapune cu aria în care apa potabilă este distribuită.

3. Imbolnăvirile interesează aproape toate persoanele care au consumat apa contaminată indiferent de vârstă, sexul şi condiţia lor socială.

4. Epidemia are un caracter explosiv. Intr'un timp scurt apar un număr mare de cazuri.

5. Este dată posibilitatea contaminării sursei de apă. Fapt ce se poate dovedi prin constatarea unui defect în modul de construcţie sau funcţionare a fântânei şi prin examenul bacteriologic şi chimic al apei.

6. Epidemia îşi reduce intensitatea sau se stinge prin oprirea populaţiei de a întrebuinţa apa contaminată sau de a o steriliza sau purifica înainte de a fi consumată.

7. Epidemiile hidrice pot surveni în orice anotimp al anului, sunt însă mai frecvente în cursul iernii şi primăverii.

Comuna Galeş, are o populaţie de vreo patrusute locuitori. Este aşezată într'o vale în continuarea com. Sălişte de care cu nimic nu este separată. Populaţia în majoritate absolută este românească. Starea economică, culturală şi sanitară, este destul de bună. Cu apă de băut se aprovizionează dintr'o serie de fântâni, publice şi particulare, şi din părăul Sălişte, ce curge prin comună. Latrinele existente, sunt în majoritate construite neigienic, multe gospodării nu au însă latrine de loc.

In antecedentele comunei febră tifoidă nu prea a fost. In ultimii 15 ani au fost semnalate numai 3 cazuri în 1931. Mai numeroase au fost îmbolnăvirile de febră tifoidă în comunele vecine sau de pe aceeaşi vale cum e Sălişte, Tilişca şi Sibiel.

Epidemia din cursul lunei Ianuarie şi Februarie, a. c., a fost descoperită de către medicul de circumscripţie şi medicul igienist al Plasei sanitare Sălişte, în ziua de 11 Ianuarie. In această zi într'un cartier restrâns, format din Str. Trandafirilor şi înfundătura acestei străzi, au fost găsite bolnave şi cu stare tifoidă 7 persoane în 3 case; 4 în familia din casa Nr. 48, 2 la Nr. 49 şi un caz în casa Nr. 52. Aceste cazuri sunt confirmate prin rezultatele pozitive a hemoculturilor şi şi sero-reacţiunilor Widal. Bolnavii sunt izolaţi, parte în spitalul de boli infecţioase din Sibiu şi în parte la Infirmeria din com. Orlat. Se iau măsuri de carantinare faţă de cartierul contaminat. Se închide fântâna publică din str. Trandafirilor, sursa de apă de băut de care se servea majoritatea gospodarilor din cartier.

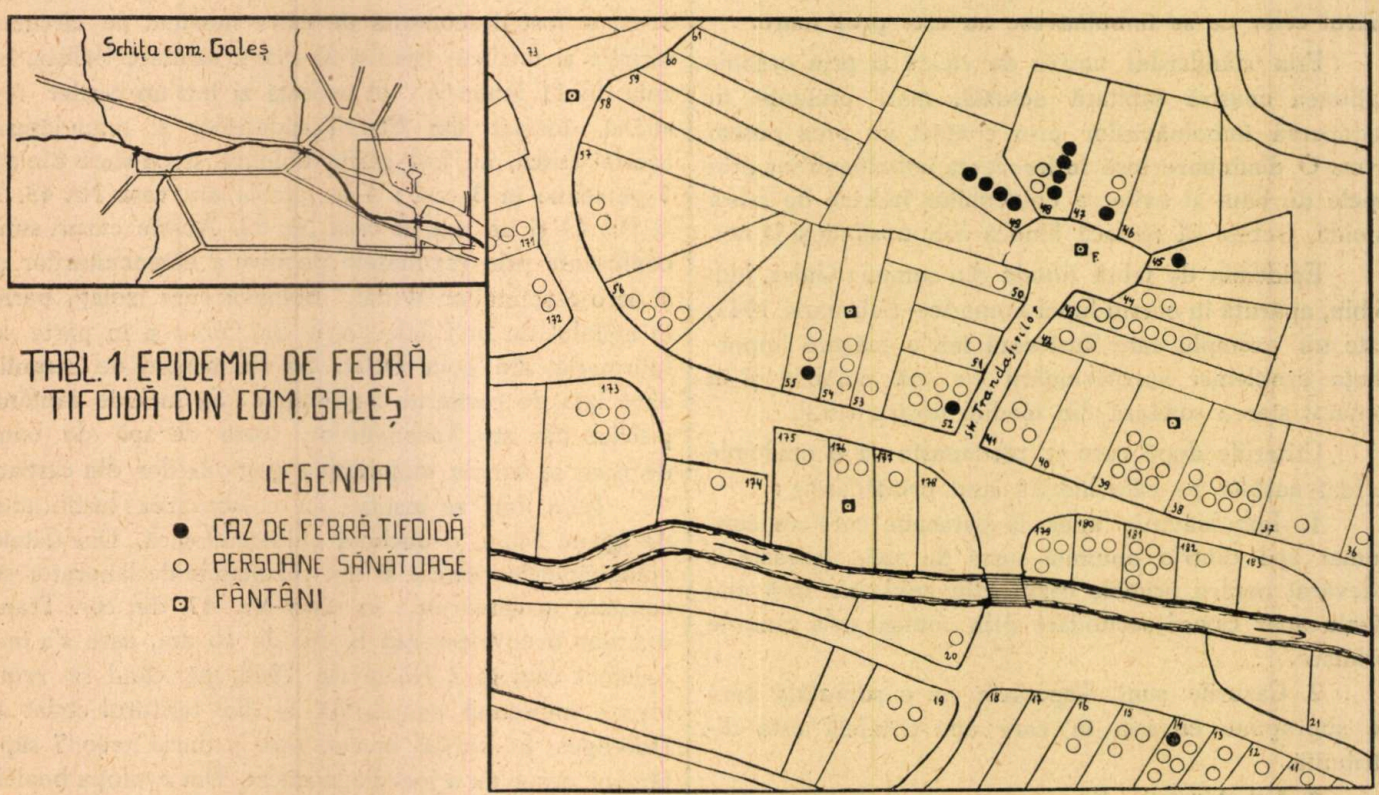
Intre timp se institue cu colaborarea Institutului de Igienă Sibiu, o anchetă epidemiologică. Din datele epidemiologice culese şi din rezultatele de laborator se constată următoarele: în casa Nr. 47 din Str. Trandafirilor o covalescentă B. M. de 16 ani, care s'a îmbolnăvit cam în 2 Noemvrie 1940, pe când se reîntorcea împreună cu părinţii ei din teritorul cedat al Dobrogei. In cursul boalei, care a durat vreo 7 săptămâni cazul nu a fost diagnosticat. Din evoluţia boalei, constatăm însă că bolnava a suferit de o stare tifoidă şi a fost îngrijită acasă în tot decursul boalei. Pentru confirmarea diagnosticului clinic, făcut retrospectiv, recoltăm probe de sânge şi materii fecale pentru examenul de laborator. Două probe de sânge din 13 şi 20 Ianuarie a. c., dau rezultate negative (?) la reacţia Widal. Asemenea şi examenul bacteriologic al materiilor fecale. Cu o a treia probă de sânge însă, din 29 Ianuarie, obţinem o sero-reacţie pozitivă, cu bacilul tific

la titru 1/2480, aglutinarea având caracterul paradox. Emulsia de bacili tifici începea a fi aglutinată abia la diluţia de 1/160 a serului, sub această diluţie aglutinarea nu se producea. Primele două probe au fost date negative din cauza unei tehnice greşite de laborator. Numărul mare de sero-reacţiuni şi lipsa de eprubete a silit laboratorul să facă diluţia serului pentru reacţia Widal numai până la 1/160 diluţie la care serul cazului B. M. nu aglutina. Pe baza datelor clinice şi acestui rezultat de laborator se stabileşte fără nicio îndoială, că B. M. a fost bolnavă în cursul lunei Noemvrie şi Decemvrie 1940, de febră tifoidă. Data îmbolnăvirii ei a fost cam la 2 Noemvrie 1940. Este primul caz din epidemie.

Restul îmbolnăvirilor din str. Trandafirilor şi vecinătatea apropiată au urmat în succesiune rapidă. Cele 7 cazuri, din trei familii, descoperite la 11 Ian. se îmbolnăvesc între 1 şi 7 Ianuarie. Cazurile 9 şi 10 în 14 şi 15 Ianuarie, cazul 11 în 30 Ianuarie, al 12-lea în 10 Februarie, iar ultimul caz din epidemie la 20 Februarie. In total 13 îmbolnăviri în 7 case dintr'un cartier. (Tabl. Nr. 1 şi 2).

fiindu-ne îndreptată către fântâna publică din str. Trandafirilor, din care se alimenta cartierul cu apă de băut. Aflăm că prin 15 Decemvrie 1940, apa din fântână, care înainte era limpede, devine tulbure şi dela această dată, multe gospodării, renunţă să o mai întrebuinţeze pentru băut. Constatăm mai departe că 7 îmbolnăviri, (2—10) au apărut în familiile care au continuat să consume apă din fântână şi după data când apa nu mai era limpede. Familiile cu membrii numeroşi din acest cartier, cum sunt gospodăriile din casa Nr. 43—44—42, etc. care n'au mai folosit apa din fântâna F. n'au avut nicio îmbolnăvire.

Cazurile 11—13 sunt îmbolnăviri prin contact. S. P. (11) şi S. N. (13) soţ şi soţie, au venit din comuna vecină Vale, în familia din casa Nr. 49, cu care sunt rude apropiate. S. P. (11) s'a îmbolnăvit dela S. M. cu care a venit în contact în cursul boalei acesteia, iar S. N. (13) dela S. P. care-i este soţie. S. P. (11) a fost descoperită că sufere de febră tifoidă, de abia la 28 zile dela data îmbolnăvirii, când a făcut un avort septic. In tot cursul boalei ea a fost tratată şi îngrijită acasă, soţul ei S. N. (13) având posibilităţi de infec-



Pentru stabilirea sursei şi căii de infecţiune cercetăm în amănunţit pe teren datele şi relaţiunile epidemiologice în legătură cu fiecare caz. Numărul mare de îmbolnăviri, apărute la un interval mai scurt decât timpul maxim de incumbaţiune a febrei tifoide ne-a făcut să bănuim pentru majoritatea îmbolnăvirilor o cale comună de infecţiune. Dintre variatele căi investigate, eliminăm contactul direct şi indirect, atenţiunea ţiune. Cazul S. D. (12) este un ucenic, a cărui filiaţiune nu am putut-o stabili. Casa în care lucrează şi este domiciliat, e mai departe de cartierul contaminat. Probabil că nu are legătură epidemiologică cu epidemia din cartierul străzii Trandafirilor. Deoarece a apărut însă în acelaşi timp cu evoluţia epidemiei, îl descriem şi îl considerăm ca făcând parte din aceeaşi serie de îmbolnăviri.

Tabela 2. Tabloul cronologic al îmbolnăvirilor cu datele lor epidemiologice.

Nr. crt.	Nr. Casei	NUMELE şi PRONUM.	Vârsta	Sexul	DATA îmboln.	DATA descoperirii	Izolarea	DATA vindecării	Hemocultura	Sero-reacţ. Widal.	Date şi relaţiuni epidemiologice
1	47	B. M.	16	F.	2. XI. 940	13. I. 941	Nu s'a făcut	Sfârşitul Dec. 1940	—	Tif. 1 : 2480 / 29. I.	Impreună cu familia a fost în Dobrogea de unde s'a reîntors la 2. XI 1940. S'a îmbolnăvit pe drum.
2	49	S. M.	57	F.	1. I. 941	11. I. 941	Spital	15. IV. 1941	Poz. tif. / 11. I.	Tif. 1 : 100 / 11. I.	A băut apă din fântâna F.
3	48	B. Gh.	8	B.	4. I. 941	11. I. 941	Infirmerie	27. II. 1941	Neg. / 11. I.	Tif. 1 : 500 / 11. I.	Copilul lui B. P. (5) frate cu B. E. (6) şi B. D. (7). A băut apă din fânt. F.
4	52	F. V.	16	F.	5. I. 941	11. I. 941	Spital	14. II. 1941	Poz. tif. / 12. I.	Tif. 1 : 100 / 12. I.	Prietenă cu B. M. (1). A băut apă din fântâna F.
5	48	B. P.	35	F.	6. I. 941	11. I. 941	—	Decedată la 11. I. 1941	Poz. tif. / 11. I.	Tif. 1 : 250 / 11. I.	Mama copiilor B. G. (3) B. E (6) şi B. D. (7). A băut apă din fânt. F.
6	48	B. E.	6	F.	6. I. 941	11. I. 941	Infirmerie	27. II. 1941	—	Tif. 1 : 400 / 17. I.	Copilul lui B. P. (5) şi frate cu B. G. (3) şi B. D. (7). A băut apă din fântâna F.
7	48	B. D.	4	B.	6. I. 941	11. I. 941	Infirmerie	27. II. 1941	—	Tif. 1 : 400 / 31. I.	Copilul lui B. P. (5) şi frate cu B. G. (3) şi B. P. (5). A băut apă din fântâna F.
8	49	S. M.	44	F.	7. I. 941	11. I. 941	Spital	14. II. 1941	Poz. tif. / 11. I.	Neg. / 11. I.	Rudă cu S. M. (2). A băut apă din fântâna F.
9	45	B. M.	28	F.	14. I. 941	30. I. 941	Spital	28. II. 1941	Poz. tif. / 30. I.	Tif. 1 : 1280 / 30. I.	A băut apă din fântâna F. — A făcut o formă ambulatorie de febră tifoidă.
10	55	S. A.	26	F.	15. I. 941	22. I. 941	Spital	12. III. 1941	Poz. tif. / 22. I.	Tif. 1 : 800 / 22. I.	A băut apă din fântâna F.
11	49	S. P.	17	F.	30. I. 941	28. II. 941	Izolat acasă	14. III. 1941	—	—	E din comuna Vale. A venit în comuna Galeş, la casa Nr. 49 în 10. I. N'a băut apă din fântâna F. A fost în contact cu S. M. (2)
12	14	S. D.	17	B.	10. II. 941	15. II. 941	Spital	1. IV. 1941	Neg. / 11. II.	Tif. 1 : 800 / 11. II.	N'a băut apă din fântâna F. Nu s'a putut stabili filiaţiunea.
13	49	S. N.	27	B.	20. II. 941	28. II. 941	Spital	29. IV. 1941	Poz. tif. / 7. III.	Neg. / 5. III.	E din com. Vale. Soţul lui S. P. (11) cu care a venit în contact. N'a băut apă din fântâna F.

Fântâna F. la o examinare sumară, părea că îndeplineşte condiţiunile unei fântâni igienice, Era construită pe un plan înclinat la capătul înfundat al străzii Trandafirilor. Ghizdul fântânei era făcut dintr'un inel de beton, acoperit cu o construcţie de lemn, în formă de acoperiş. In jurul ghizdului, la suprafaţa solului, era aşezat, o platformă de beton. Scoaterea apei, se făcea cu ajutorul unei găleţi, ridicată şi coborîtă, printr'un lanţ, ce se răsucea pe un sul, acţionat de o roată. Apa ridicată, era vărsată într'un jghiab, în mod automat, cu ajutorul unui cârlig fix, care răsturna găleata, când ajungea la nivelul jghiabului. Cercetând mai de aproape, constatăm că dispozitivul de golire era stricat şi găleata trebuea golită cu mâna. Pereţii fântânei erau ziditi din piatră de râu, avea deci pereţi permeabili. Nivelul apei în fântână, era la o adâncime de vreo trei metri. La o margine a platformei de beton, în dreptul unde apa se scurgea din jghiab, era o depresiune pe unde apa se infiltra sub platforma de beton printr'un sol prundos şi prin pereţii permeabili ai fântânii, în apa din fântână. Examenul bacteriologic a unei probe de apă din această fântână, dă un rezultat cu totul nefavorabil, apa fiind impură, cu peste 100.000 b. coli la un l. de apă. Era deci dată posibilitatea de contaminare a fântânei cu impurităţi dela suprafaţa solului ceea ce s'a şi produs, dovadă aspectul tulbure şi rezultatul examenului bacteriologic. Din motive tehnice, nu am putut cerceta bacilul tific în apă deoarece Institutul de Igienă nu avea instalat Laboratorul de Bacteriologie. Contaminarea acestei fântâni s'a putut face foarte uşor, cu impurităţile şi murdăriile din casa Nr. 47, de care era situată la numai 6.5 m. şi în care a fost cazul B. M. (1) de febră tifoidă. Fântâna era la un nivel mult mai coborît decât nivelul casei şi curţii, asemenea şi de latrină, cu totul neigienică, formată dintr'o groapă superficială. Astfel, apa de suprafaţă, se scurgea în jos şi se putea infiltra foarte uşor, pe sub platforma de beton, în fântână. Concluzia la care am ajuns chiar în lipsa unei probe pozitive, de punere în evidenţă a bacilului tific, însă pe baza datelor epidemiologice de mai sus, şi condiţia sanitară a fântânii, că fântâna F. a fost contaminată cu produse patologice tifice, provenite dela bolnava B. M. din casa Nr. 47. Cazul B. M. a format sursa de infecţiune, iar apa din fântâna F. cale de infecţiune a epidemiei.

Analizând epidemia, după criteriile epidemiilor de origine hidrică, constatăm, că epidemia de febră tifoidă din Galeş, îndeplineşte aceste condiţii.

1. Cazurile dela începutul epidemiei (2—10) sunt persoane infectate pe cale hidrică din fântâna F. contaminată după 16 Decemvrie 1940; cele dela sfârşitul epidemiei (11—13) sunt cazuri secundare, infectate prin contact dela cazurile primare.

2. Toate persoanele îmbolnăvite pe cale hidrică sunt dintr'un cartier care se aproviziona cu apă din fântâna F.

3. Cazurile îmbolnăvite sunt persoane de ambele sexe, şi de diferite vârste. Trebue să menţionăm aici, că unele din persoanele expuse infecţiunei au scăpat de îmbolnăviri, aşa în casa Nr. 47, B. M. de 60 ani, care în antecedente a avut febră tifoidă şi B. E. de 54 ani; în casa Nr. 48, B. D. de 48 ani, vaccinat recent în armată cu T. A. B. şi B. I. un copil de 9 luni, care a fost internat în spital, împreună cu mama lui, pe toată durata boalei acesteia; în casa Nr. 50, A. P. de 80 ani; în casa Nr. 51, M. S. de 70 ani, iar în casa Nr. 52, F. A. de 67 ani, F. I. de 70 ani; F. M. de 40 ani şi F. I. de 35 ani (vaccinat).

Că persoanele mai în vârstă şi copii mici au o rezistenţă naturală mai mare la infecţia tifică, este dovedit. In tabloul Nr. 3 e reprezentată frecvenţa morbidităţii şi mortalităţii prin febră tifoidă pe grupe de vârste. Tabloul e după Godfrey, prelucrat după datele din oraşul şi Statul New-York.

Tbl. 3. Frecvenţa morbidităţii şi mortalităţii prin febră tifoidă pe grupe de vârstă. (Godfrey).

Grupe de vârstă	Morbiditatea %	Mortalitatea %
Sub 5 ani . .	4,5	8,4
5— 9 „ . .	13,8	4,4
10—14 „ . .	14,3	6,4
15—19 „ . .	14,2	10,2
20—24 „ . .	12,0	12,5
25—29 „ . .	9,7	13,5
30—34 „ . .	7,7	16,4
35—39 „ . .	6,3	15,2
40—44 „ . .	5,4	15,2
45—49 „ . .	3,9	19,9
50—54 „ . .	3,3	22,9
55—59 „ . .	2,2	22,8
60— „ . .	2,9	36,5

4. Epidemia a avut un caracter explosiv în curs de 7 zile, îmbolnăvindu-se 7 persoane.

5. Fântâna F. în cauză, prin construcţia defectuoasă şi funcţionarea neigienică, putea fi contaminată prin impurităţile şi murdăriile de pe suprafaţa solului. Exista o soluţie de continuitate sub platforma de beton din jurul ghizdului prin care apa de suprafaţă se infiltra în fântână.

6. Dela data de 11 Ianuarie, când s'a închis fântâna n'a mai apărut niciun caz infectat pe cale hidrică.

7. Epidemia a apărut în anotimpul de iarnă când condiţiunile mediului fizic, permit o supravieţuire mai îndelungată a bacilului tific în mediu extern.

Rezumat şi concluziuni.

Intr'un cartier dintr'o comună rurală o epidemie de febră tifoidă a produs 13 îmbolnăviri cu un deces.

Epidemiologic s'a putut dovedi că epidemia este de origină hidrică. O fântână din cartier construită neigienic a fost contaminată de produsele patalogice a unui caz nediagnosticat de febră tifoidă, dintr'o casă din imediata apropiere a fântânii.

Epidemia a fost combătută prin măsuri de carantinare, izolare şi închiderea fântânii.

In mediul nostru rural, problema aprovizionării cu apă potabilă din punct de vedere igienic este nerezolvată. O seamă de îmbolnăviri prin febră tifoidă s'ar putea evita, prin construcţia şi reconstrucţia igenică a fântânilor. Costul acestor lucrări este minim.

Bibliografie.

C. O. Stalybrass: The Principles of Epidemiology. Mac Millian, 1931.

Topley and Wilson: Principles of Bacteriology and Immunity. Wm. Wood and Com. 1936.

INSTITUTUL DE IGIENĂ CLUJ—SIBIU

Probleme sociale

Leprozeria din Tichileşti

de

Dr. Liviu Modran

I

Pe când eram la Clinica Dermato-Venerică din Hamburg, am avut plăcerea să cunosc printre asistenţii acelei clinici pe Dr. Paul Iordan, un aventurier al ştiinţei, un neastâmpărat cercetător în domeniul medicinii, mânat de un puternic imbold lăuntric mereu spre alte tărâmuri.

Imi spunea odată, mai în glumă mai în serios, că s'a stabilit la Hamburg, anume pentru faptul că poate mai repede pleca spre alte meleaguri, când l-apucă dorul de ducă.

Fusese 2 ani în Brazilia la Sao Paulo şi se ocupase în special cu studiul leprei, care în acel stat constitue o endemie de o mare importanţă socială şi naţională. Numărul leproşilor în Brazilia ar fi după o statistică făcută de Souza Aranjo în 1929 de 35.000, deci 1‰ din populaţia ţării. Penna apreciază numărul lor tot cam aşa de mare şi pretinde că în fiecare an ar fi 300 de cazuri noi şi cele mai infectate ar fi statele din centru. Rabello dă ca focarul cel mai important în nord Maranho şi Para şi în centru Minas Geraes şi Sao Paulo; cel mai infectat dintre toate ar fi Sao Paulo, unde numărul lor ar fi de 3128. In raport cu rasa, cele mai frecvente cazuri sunt la albi, după aceea vin metişii şi la urmă negrii. Prima leprozerie a fost făcută în 1763 de contele Bobadella la Rio de Janeiro. In statul Sao Paulo există o mare colonie în câmpia frumoasă dela Santo Angelo, ea e formată din numeroase pavilioane înconjurate de grădini frumos îngrijite şi respectându-se cele mai scrupuloase cerinţe igienice. Afară de această uriaşe colonie, mai sunt 34 de leprozerii mai mici. In Belém la vărsarea Amazoanelor, a fost creat în 1923 un institut, care se ocupă cu cercetările ştiinţifice referitoare la lepră şi tratamentul ei.

Pentru Dr. Iordan problema leprei, era primul movens al întregei lui activităţi. O mare parte din timp şi-o petrecea lucrând la Institutul de Boli Tropicale din Hamburg, în domeniul leprei; sau ocupându-se cu tratamentul celor 3 leproşi ce se aflau internaţi într'un pavilion la Eppendorfer Krankenhaus din Hambrg. In toată Germania erau în acea vreme 9 leproşi, dintre care 1/3 erau în Hamburg. Toţi aceşti bolnavi se infectaseră în străinătate; cei din Hamburg se infectaseră toţi trei în Brazilia şi veniseră pentru tratament acolo.

Când Dr. Iordan se ducea să facă vizita la pavilionul leproşilor, avea obiceiul să mă ia şi pe mine, şi odată între discuţiile avute m'a întrebat dacă cunosc Leprozeria din Tichileşti şi pot să-i dau ceva detalii şi dacă ştiu ceva despre revoltele pe care le fac leproşii de acolo, — despre care se vedea că el era destul de bine informat. Cam jenat a trebuit să-i mărturisesc că nu pot să-i dau nici un detaliu, deoarece atâta ştiam şi eu din auzite că există o leprozerie în Tichileşti. Cu un aer de mustrare, dublat de ironie el mi-a reproşat, că pentru leprologi e mai important Tichileştiul decât Clujul.

Totodată spunea că intenţionează să viziteze această leprozerie, când va trece prin ţara noastră în drum spre Persia (Iran), unde era invitat să se ocupe şi să organizeze combaterea leprei în această ţară. Cea mai infectată regiune e cea nordvestică din apropierea Kaswinului şi Tebrei; la Meschhed se află un sat de leproşi cum e Tichileştiul la noi.

Când am plecat din Hamburg mi-am luat angajamentul că voiu vizita Leprozeria din Tichileşti şi-i voiu comunica Doctorului Iordan toate datele ce-l pot interesa.

Ţinându-mă de această promisiune la sfârşitul lunei August 1938 am vizitat Tichileştiul.

Această ţintă nu e uşor de atins, în primul rând drumul e destul de întortochiat şi lung. Drumul Cluj—Constanţa constitue o frumoasă distanţă chiar pentru trenul rapid al timpurilor noastre. Distanţa Constanţa – Tulcea de aproape 200 km. am făcut-o cu autobusul, trecând prin pitorescul târguşor cu aspect oriental Babadag. Tulcea era atunci în mare fierbere de bucuria pe care o aştepta, în curând visul mult dorit va deveni o realitate, în curând va avea o gară unde va vedea apărând trenul mult aşteptat. De altfel întreaga presă era copleşită de acest eveniment; în „marele cotidian" ce apărea acolo, ştiu că am citit pe prima pagină, ca articol de fond „Trenul la Tulcea".

A doua zi am plecat cu vaporul dela Tulcea pe Dunăre în sus spre Isaccea; stând pe puntea vaporului sorbeam aerul răcoros al curentului şi admiram valurile Dunării, care deşi nu erau albastre ca în valsul melodios al lui Strauss, totuşi constituiau o privelişte demnă de renumele marelui nostru fluviu.

Ajuns în portul Isaccea, două şiruri de plopi uriaşi, scăldaţi în razele soarelui de vară, orânduiţi de o parte şi de alta a şoselei îmi opreau privirea. Dela port până în orăşel sunt vreo 2 km; pentru transportul călătorilor în faţa debarcaderului aşteptau nişte fiinţe ce semănau a fi cai, — aşa mârţoage în vieaţa mea nu văzusem, — de abia se mai ţineau pe picioare; căruţa era adecvată celui care o trăgea, era o parodie de car. La invitaţia birjarului de a merge cu ea, am avut o sensaţie şi de milă şi şi de ridicol; — mă gândeam că mârţoaga s'ar putea să-şi dea duhul pe drum, (deşi era scurt numai de 2 km), aceasta fiindu-i ultima călătorie; şi simultan mi-a apărut înaintea ochilor postura ridicolă în care aş fi fost în căruţă şi pe care dacă cineva ar fi prins-o la obiectivul fotografic, oricine ar fi văzut-o trebuia să râdă cu hohote. L-am întrebat pe căruţaş cu cât face cursa, mi-a spus că un pol. I-am dat banii şi-am luat-o pe jos.

La Isaccea l-am cunoscut pe Dr. Mălăcescu, care fusese în două rânduri conducătorul Leprozeriei din Tichileşti şi care mi-a dat preţioase indicaţiuni cu privire la leprozerie.

Distanţa dela Isaccea la Tichileşti, care e de vreo 10 km, am făcut-o cu căruţa Leprozeriei, căci tocmai venise doctorul de acolo, care făcea şi pe administratorul în acea vreme, să facă cumpărături.

Am descris acest itinerar, ca să servească şi ca un fel de ghid, pentru călătorul ce ar vrea să viziteze lagărul suferinţii umane din Tichileşti, cât şi pentru faptul de a restabili unele adevăruri. Mi-aduc aminte că am citit un articol în Realitatea Ilustrată, care m'a revoltat prin faptul, căci reieşea din cele scrise acolo, că autorul lui nici nu văzuse Tichileştiul. In primul rând spunea că Tichileştiul s'ar afla la vreo 6—7 km de Tulcea, ori dela Tulcea până la Tichileşti sunt peste 50 km. In al doilea rând ceea ce era şi mai revoltător era faptul că erau reproduse fotografii, ce nu corespundeau deloc cu realitatea. Mult probabil autorul lui neavând curajul să dea faţă cu leproşii, s'a folosit de ceva date culese dela unul tot prost informat şi folosindu-se de vreo carte străină despre lepră a reprodus câteva fotografii de acolo, — si astfel în acest mod s'a achitat de datoria gazetărească şi mai simplu şi şi fără risc.

De altfel cu durere trebue să remarcăm, că despre problema leprei în România în ultimii 20 de ani nimeni dintre medici nu s'a prea ocupat; doar ziarele semnalau cu titluri senzaţionale despre „Evadarea leproşilor din Tichileşti", „Revolta leproşilor", etc. Mai ales ziaristul Max Fox bătea recordul în ziarul Dimineaţa cu articolele despre leproşi. Toate acestea ne fac să ne putem explica până la un oarecare punct, cum şi un leprolog din Hamburg era la curent cu agitaţia leproşilor noştri din Tichileşti.

Drumul dela Isaccea la Tichileşti merge pe marginea Dunării vre 8 km, după aceea trebue să o cotesti la stânga mergând încă vreo 2 km şi intrând într'o înfundătură de vale împrejmuită de păduri; — acolo pe marginea dreaptă a Dunării, numai la vreo 3 km de măreţul nostru fluviu, stă pitit, evitat de oameni şi parcă uitat de Dumnezeu, Tichileştiul, satul leproşilor din România.

Când am intrat în Tichileşti era pe înserat, leproşii au simţit imediat că a venit cineva nou, un oaspe, ori ei cu vizitele nu prea sunt obişnuiţi, această rigoare a etichetei pe ei nu-i prea deranjează. Imediat mi-au dat târcoale, — căci în acea vreme rebeliunile la ei erau foarte dese şi tocmai erau într'un acerb conflict chiar cu medicul leprozeriei, contra căruia făcuseră plângere la medicul primar al Judeţului Tulcea şi chiar la Ministerul Sănătăţii. Unii dintre ei credeau că sunt noul medic, căci acolo medicii se schimbă foarte des, uneori chiar 2 într'un an; — ce contrast faţă de spitalele obişnuite, unde medicul înregistrează intrarea şi ieşirea bolnavilor săi, aici sărmanii bolnavi înregistrau intrarea şi plecarea medicilor lor, iar ei rămâneau statornici la locul lor, nefiindu-le dată decât o singură poliţă de ieşire: moartea. Alţi bolnavi, care aşteptau rezultatul plângerilor lor, credeau că sunt delegat de Ministerul Sănătăţii să fac anchetă. Toţi mă priveau cu un ochiu iscoditor de nedreptăţit al societăţii şi totodată implorator de proscris al destinului, de-aşi duce crucea suferinţii ce nu cunoaşte odihnă în

această vieaţă. Intrasem într'o lume unde durerea înăbuşită începuse să geamă.

Intradevăr dintre toate bolile lepra este socotită ca boala cea mai îngrozitoare şi necurată prin excelenţă — şi această opinie a dominat în toate timpurile. Lepra poartă în ea blestemul biblic: „Fiind spurcat, leprosul va locui singur şi locuinţa sa va fi departe de oameni". Dintre toate bolile infecţioase cronice, faţă de niciuna nu s'au luat măsuri coercitive atât de drastice ca faţă de lepră; niciodată n'au fost închişi sifiliticii şi tuberculoşii, dar totdeauna au fost închişi leproşii, din această cauză situaţia leproşilor prezintă un tragism cu totul aparte.

Leprosul este în acelaşi timp un izgonit şi un prisonier, ba ceva mai mult el e un proscris (înafara legilor), după expresia engleză: outlaw. E o impresie foarte penibilă, jignitoare, degradantă, să vezi în acest secol de progres al medicinii, cu care ne lăudăm mereu, fiind tratată boala ca un delict şi la porţile leprozeriilor străjuind jandarmii cu puştile încărcate.

O fiinţă închisă simte o impulsie de a evada; aceasta nu mai e propriu zis un sentiment uman, ci un instinct animal. Deci în toate leprozeriile se vor produce evadări. De aceea în multe ţări leprozeriile sunt amenajate pe insule, pentru a îngreuna evadarea. (Insula Culion pentru Filipine, Molokai pentru Hawai, Makogai pentru Fidji, „Spina longa" lângă Kreta).

In 1893 s'a produs o revoltă în Insulele Hawai, cunoscută sub numele de războiul leproşilor.

In unele leprozerii lipsa unei conduceri bune şi a unui tratament bun, produce la bolnavi o stare de revoltă morală, care poate să izbucnească în revoltă brutală. In leprozeriile empirice, administrate neuman şi antisocial, domneşte totdeauna un spirit de revoltă. In leprozeriile modernizate, unde regimul de inchiziţie penitenciară este înlocuit cu un regim de disciplină medicală, unde bolnavilor li se face un tratament conştiincios, nu sunt revolte. Când toate aceste leprozerii vor deveni nişte sanatorii, va dispare şi spiritul de revoltă.

La sentinţa de lepră (închisoare pe vieaţă) se produce o reacţie sufletească teribilă: bolnavul cade în prăpastia disperării şi după aceea instinctul de conservare îl face să se anine de speranţa în tratament. In lepros sunt două sentimente contrarii care luptă: persistenţa dorinţelor umane şi efortul de resemnare.

Printr'un decret crud al providenţei, aceşti nenorociţi ai sorţii îşi târăsc de-a-lungul anilor o vieaţă făcută numai din decădere şi suferinţă. Libertatea pierdută, fizicul desfigurat de boală, suferinţele sufleteşti, conştiinţa de a fi nevinovat produc drept reacţiune în psihicul leproşilor o ură contra societăţii. Unii dintre ei sunt neliniştiţi, neîncrezători şi iritabili, alţii sunt tăcuţi, trişti, nu-şi exprimă niciodată gândurile, având un aer misterios. Pe câte unul îl auzi zicând: „Când am venit la Tichileşti, eram foarte trist; după aceea m'am împăcat cu soarta... şi aşa îmi târâi vieaţa".

Cuvintele cele mai triste nu pot exprima impresia pe care ţi-o produc leproşii. Trebue să-i vezi. E în ei un complex de suferinţe fizice şi sufleteşti. Mi-au venit în minte cuvintele unui leprolog: „Sunt 30 de ani de când văd leproşi în fiecare zi, este singurul spectacol medical cu care nu mă pot obişnui. In fiecare zi devin mai sensibil".

Pe aceste feţe de o tristeţe infinită, uneori se vede apărând câte o rază de speranţă şi această speranţă îi ţine captivi.

Bolnavul condamnat la închisoare pe vieaţă, prin diagnosticul medicului de lepră, are nevoie de cuvintele lui consolatoare: „Eu tratez, eu ameliorez şi chiar vindec". Leprosul are nevoie de această speranţă de care să-şi lege firul slab şi putred al vieţii sale.

După ce am stat mai mult timp de vorbă cu leproşii, înnoptându-se deabinelea am intrat în casă. Locuinţa doctorului se află în etajul pavilionului administrativ.

După cină, — care bineînţeles fiind pe marginea Dunării a constat din peşte, — am stat de vorbă cu doctorul şi cu soţia lui. El nu prea era mulţumit de pacienţii săi, care începuseră cu plângeri pe la organele sanitare superioare. Mi-a spus, că de două luni face şi pe administratorul.

Am trecut după aceea şi la chestiuni referitoare la lepră. El şi-a arătat scepticismul în privinţa etiologiei bolii, nefiind deplin convins că întradevăr agentul patogen al boalei ar fi chiar bacilul descoperit la Spitalul Sf. Iorgens din Bergen în 1873 de Norvegianul Armouer Hansen. In altă privinţă ideile lui erau mai interesante, astfel el susţinea că lepra şi siringomelia ar fi acelaşi lucru şi că leziunile iniţiale în lepră ar fi localizate pe măduva spinării şi că ceea ce vedem noi ca alteraţiuni morbide la membre, ar fi numai stadiul final al bolii şi de aceea tratamentul nostru venind prea târziu, nu mai putem influinţa aceste sechele.

Au fost şi oameni de ştiinţă de o valoare incontestabilă, care au susţinut identitatea celor două boli. Astfel Zambaco susţinea că atât siringomielia, cât şi Boala lui Morvan ar fi de natură leproasă. Cazuri discutabile a publicat şi compatriotul nostru Petrini—Galaţi. Până acum a fost descrise două cazuri de lepră cu bacili pozitivi, la care la examenul anatomo-patologic s'a constatat prezenţa de cavităţi în măduva spinării. (Cazul lui Gerber şi Matzenauer şi al lui Piatnizky şi Schaknovitch).

Contribuţiuni preţioase la clarificarea controverselor şi diagnosticului diferenţial între lepră şi siringomielie, au adus din partea ştiinţei medicale române Babeş, Marinescu şi Kalinderu.

La siringomielie anestezia în mod obişnuit e asimetrică şi bine delimitată. Ea este dela început disociată şi rămâne aşa, cu absenţa sensaţiei termice şi dureroase. Ea nu începe numai la mâni, ci şi pe trunchiu, ceafă umeri.

După Jeanselme în siringomielie tulburările sensitive interesează mai mult faţa externă şi internă a braţului şi cea anterioară şi posterioară a gambei, în lepră faţa internă a antebraţului şi faţa externă a piciorului.

In lepra nervoasă încep tulburările nervoase foarte des cu simptome reumatismale, care pot dura mult timp şi să se repete adeseori, fiind însoţite de apariţia de pete şi anestezii disparate.

Anesteziile apar la toate cele 4 membre, la început sub forma de parastezii, după aceea de anestezii propriu zise, intensitatea lor descreşte dela periferie la centru şi dela suprafaţa pielii în profunzime. Tulburările sensitive corespund adesea sediului alteraţiunilor cutanate.

Cu cât disocierea tulburărilor sensitive e mai mare, cu atât mai puţin pledează pentru lepră şi invers.

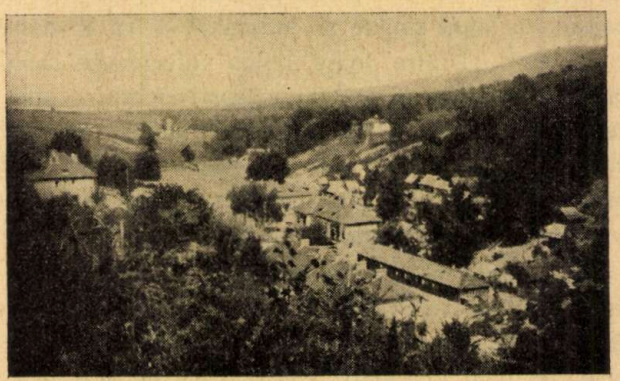
Tulburările trofice se pot ivi la ambele afecţiuni, totuşi în lepră ele sunt mult mai acute şi mai voluminoase, (se poate produce o necroză şi o expulsare bruscă a unei întregi falange); aceste alteraţiuni în siringomielie sunt mult mai rare şi mult mai încete.

Impresionat de vederile originale ale Drului I. Ţibuleac, ne-am despărţit pentru a ne odihni. Odaia în care m'am culcat eu, avea ferestrele îndreptate tocmai spre locuinţele leproşilor. Dimineaţa m'am trezit cu odaia scăldată de razele soarelui, ce-a răsărit din plin într'o frumoasă zi de sfârşit de August.

Din fereastra mea, aveam înaintea ochilor un tablou de ansamblu asupra leprozeriei; situată într'o vale îngustă, înconjurată de trei părţi de dealuri acoperite de păduri seculare, având o suprafaţă de peste 100 hectare; orizontul e foarte strâmt doar spre nord el găseşte o spărtură de libertate spre apele Dunării şi câmpia din apropierea ei. Afară de localul administrativ, unde se află şi locuinţele doctorului şi ale întregului personal, mai sunt 6 paviloane construite de Ministerul Sănătăţii, dar cei mai mulţi bolnavi locuiesc în cele 44 de căsuţe construite de ei din micile lor economii, făcute în trudă şi suferinţă. Toate au aproape aceeaşi înfăţişare, sunt curate, proaspăt văruite în alb şi acoperite cu stuf.

La vizita pe care am făcut-o din casă în casă, condus de doctorul leprozeriei, am fost vădit impresionat de curăţenia exemplară care era înăuntrul locuinţelor; — rar sat aşa de curat şi cu toate acestea sărmanii lui locuitori erau izgoniţi din mijlocul lumii, pentru necurăţenia trupului lor, pentru care ei n'aveau nicio vină.

Aproape toţi au flori în fereastră, mai ales muşcate; fiecare şi-a înjghebat o mică grădiniţă cu pomi roditori: meri, peri, caişini, etc. Mai toate casele au şi pivniţe. O serie de poteci bine îngrijite unesc casele unele de altele.



Leprozeria din Tichileşti (vedere generală).

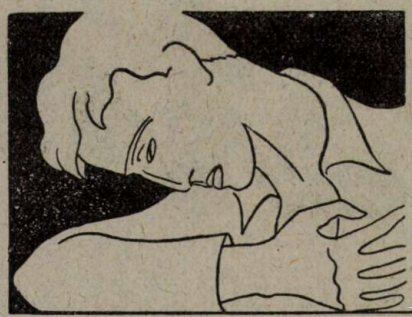
Leproşii sunt profund religioşi. Intr'unul din paviloane au o cameră amenajată de capelă, unde preotul din comuna vecină Principele Nicolae, vine tot la 2—3 Dumineci de face serviciul religios. Credinţa în Dumnezeu şi într'o vieaţă mai bună, dacă nu pe pământ cel puţin în cer, le mai alungă disperarea şi le mai aduce pe faţa sluţită de boală o umbră de zâmbet.

Mi-au venit în minte la vederea capelei cuvintele lui Ambroise Paré: „Sfătuesc ca atunci când voim să-i separăm pe leproşi, să o facem cât se poate mai blând şi mai amabil, aducându-ne totdeauna aminte că sunt semenii noştri şi trebue totdeauna să le punem în vedere, că oricât de separaţi ar fi ei de lume, totdeauna ei sunt iubiţi de Dumnezeu, ducându-şi cu răbdare crucea lor."

„Sis mortuus mundo, vivus iterum Deo", acestea erau cuvintele finale ale ceremonialului ce se făcea în evul mediu, cu ocazia separării leprosului şi izolării de cei din jurul său.

Intr'un ritual imprimat în 1853 de eparhia de Reims, ca o ironie a sorţii se spunea următoarea mângâiere: „Cu toate acestea nu trebue să vă supăraţi, pentrucă sunteţi izolaţi de ceilalţi, cu atât mai mult că această separaţiune nu este decât corporală şi că în ce priveşte spiritul, care este principalul, voi sunteţi totdeauna cu noi, cum aţi fost şi înainte şi veţi lua parte la toate rugăciunile mamei noastre sfinte biserica, ca şi cum aţi fi de faţă în fiecare zi la serviciul religios împreună cu ceilalţi."

„Cine va fi bolnav de lepră va purta hainele rupte şi va avea capul descoperit; îşi va acoperi faţa şi va striga: „Sunt Spurcat! Sunt Spurcat!" Tot timpul cât va dura boala va fi spurcat. Fiind spurcat el va locui singur şi locuinţa sa va fi departe de oameni". Levitic XIII, 45.



ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE

Dubois

drageuri *picături*

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES DUBOIS 16 Bld. PERERIE, PARIS 17e

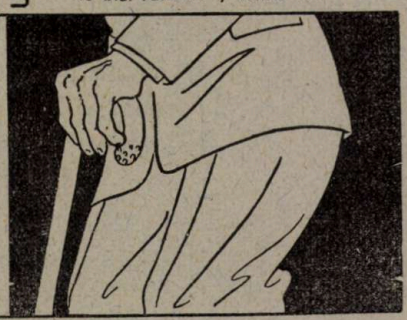
ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE

Dubois

picături *fiole*

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANȚĂ



Mostre medicale la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREȘTI IV

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni

ale

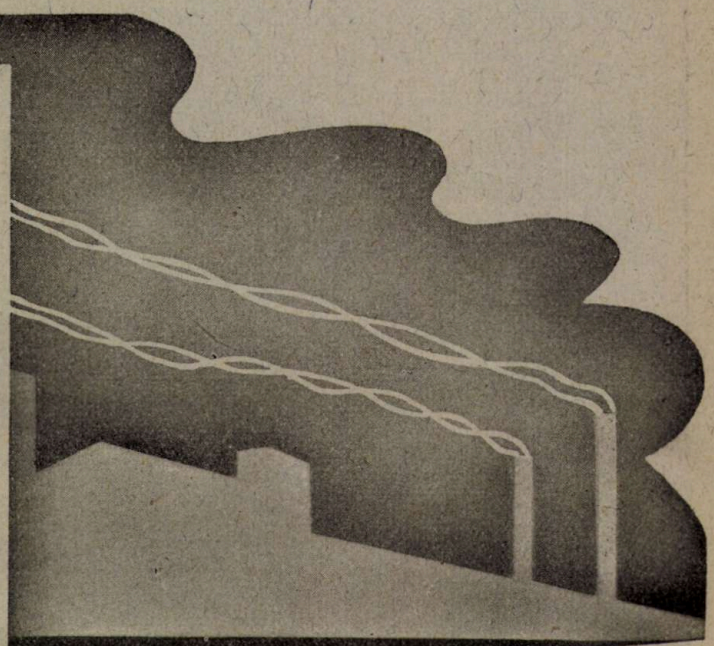
Căilor urinare

*

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. * Strada Sf. Ionică No. 8 * BUCUREȘTI

Myoston

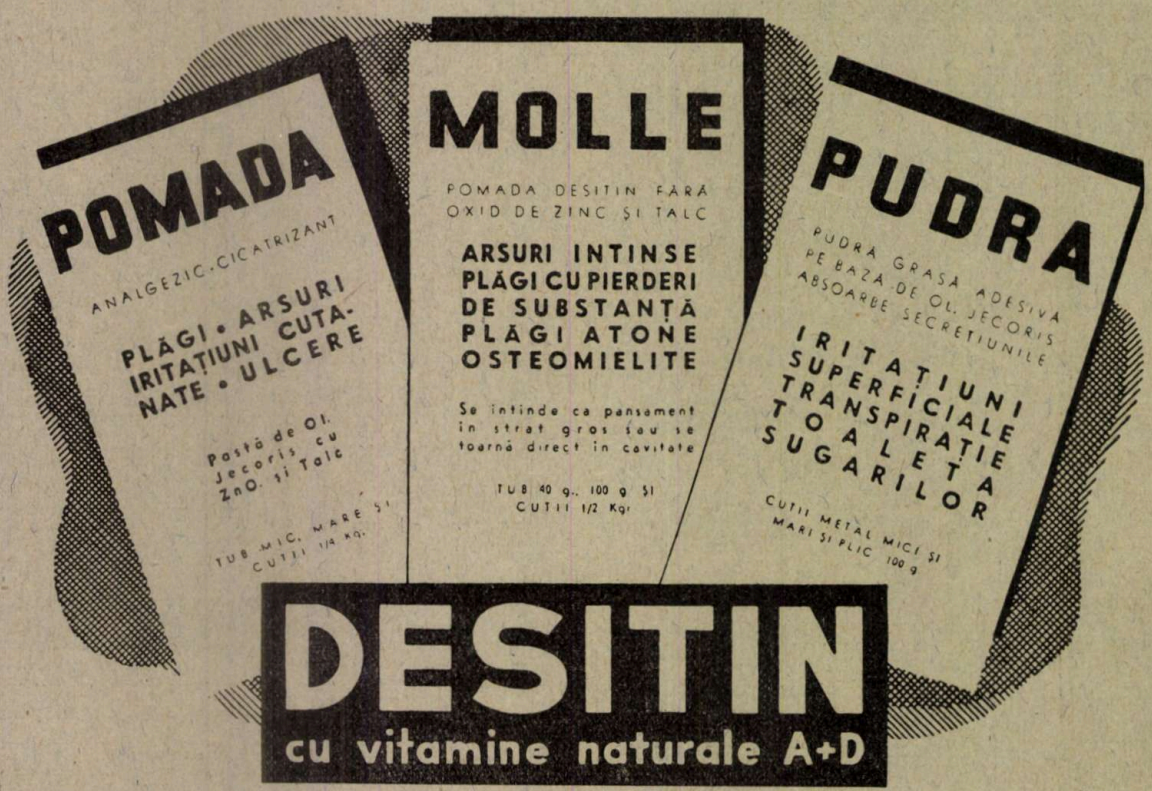
Pe baza de adenosină phosphorică MAP.

Myotonic pentru destindere vasculară mai ales a circulației coronare. Profilaxie și tratament de întreținere al anginei pectorale. Pentru mărirea capacității de travaliu a cordului la bătrâni. Abus de nicotină și cofeină.

In angina pectorală: 20 injecții intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac și gangrenă: zilnic 2—3 inj. 2 cc. Tratament de întreținere: 3—4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. și 2 cc. / Flac. 20 cc.

Codex S. A. R. Calea Șerban-Vodă 41, București.



Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București

Oricărui creştin îi sunt cunoscute suferinţele sărmanului Iov, căruia câinii îi lingeau rănile şi care după cum ne spune Biblia suferea de lepră (zoroath). După unii istorici Moise şi sora sa Miriam au fost leproşi; iar Evreii au părăsit Egiptul, pentrucă erau în majoritate leproşi şi-au fost alungaţi de Faraon.

„Separatio leprosarum", ce se făcea în evul mediu, era o ceremonie care semăna cu slujba înmormântării. Leprosul stătea în genunchi, cu faţa acoperită de un văl negru şi asculta liturghia în cimitir, preotul lua trei lopeţi de pământ şi i le pune pe cap spunând: „Prietenul meu acesta este semnul că tu eşti mort pentru această lume" (Sis mortuus mundo). In unele regiuni leprosul era scoborît în mormânt, urmând şi un simulacru de înmormântare.

Ocupaţia de căpetenie a leproşilor din Tichileşti este cultivarea pământului şi pescuitul în Dunăre.

Pe cele 5 hectare de pământ arabil, ei cultivă zarzavaturi, porumb şi mai ales pepeni.

Tocmai atunci Ministerul Sănătăţii începuse construirea unui nou pavilion pentru 60 de paturi, al cărui deviz era de 3½ milioane Lei. In noul proiect se prevede construirea unei noi capele şi a unei mici uzine electrice. Bieţii leproşi se plângeau că lucrătorii dela noua clădire le fură pepenii.

O altă ocupaţie foarte mult apreciată de ei este creşterea pasărilor (găini, raţe, gâşte şi altele).

De asemenea au mulţi câini, deoarece în pădurea întinsă din imediata lor învecinătate, se află multe vulpi, lupi, mistreţi, care uneori vin până în pragul caselor lor.

Apa se pompează din fântâni, iar closetele sunt de sistem empiric.

Pe colina din spre apus se află cimitirul leproşilor; 58 de cruci, unele albe, altele înegrite de vreme, străjuesc la căpătâiul celor ce-au intrat în împărăţia tăcerii şi şi-au găsit odihna unei vieţi sbuciumate, acolo unde numai este deosebire între bogaţi şi săraci, între cei care au crăpat de sănătate în decursul vieţii şi cei care şi-au târît trupul ros de nemiloasă boală, acolo în sfârşit şi-au găsit şi ei împăcarea cu lumea, care i-a izgonit şi proscris.

Personalul leprozeriei constă din 1 doctor, 2 agenţi sanitari şi 9 infirmieri, deci în total 12 persoane. Pentru pază se află un post de jandarmi, care locuiesc într'un local aparte construit.

Costul întreţinerii fiecărui lepros era de 32 de Lei, din care sumă 25 de Lei forma alocaţia de hrană, 5 Lei cheltuieli de pat şi 2 Lei pentru diverse (soldă). Afară de aceasta fiecare căpăta un rând de haine de vară şi altul de iarnă.

Leproşii fiind foarte economisitori, unii dintre ei, care erau de mult timp în leprozerie ajunseseră de aveau adunate sume mari de bani, chiar peste 100.000 Lei. Cu aceşti bani unii împrumutaseră pe locuitorii din comunele apropiate, pentru care Leprozeria din Tichileşti, avea renumele unui adevărat cartier al bancherilor.

(Continuarea urmează).

Societăţi medicale

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE DIN CLUJ—SIBIU

Şedinţa din 17 Mai 1941.

Prezidează: Prof. Dr. C. GRIGORIU.

1. *Cuvântul preşedintelui:* Domnul preşedinte Prof. Dr. C. Grigoriu, cere să se citească procesul verbal al ultimei şedinţe de comitet. Inainte de citire face un apel călduros către membrii Societăţii pentru a frecventa în număr mai mare şedinţele.

Prin procesul verbal se anunţă apariţia primului număr al revistei *„Ardealul Medical"*, Domnul Preşedinte aduce laude şi mulţumiri din partea D-Sale precum şi din partea întregei Societăţi Domnului *Conf. Dr. I. Gavrilă,* directorul revistei, pentru munca intensă şi neprecupeţită depusă pentru apariţia şi bunul mers al revistei. Domnul preşedinte mai spune, că s'a propus înfiinţarea secţiei turistice în cadrul Societăţii Ştiinţelor Medicale, conducător al acestei secţii fiind ales Domnul Conf. *Dr L. Daniello.* In altă ordine de idei, domnul preşedinte propune, să se facă un schimb de profesori, conferenţiari şi medici, între diferitele facultăţi, fapt, pe care D-sa este pe cale de a-l înfăptui invitând pe domnii profesori Dr. Băltăceanu şi Dr. Daniel dela Facultatea de Medicină Bucureşti, pentru a conferenţia în cadrul societăţii noastre.

2. *Dr. M. Păunescu:* **Un caz de monstru foetal.**

Naşterea monştrilor foetali a fost totdeauna un caz de discuţie între medici dar mai ales produce stupefacţie şi multă nemulţumire sufletească în cadrul familiar al mamei. Din fericire însă, aceste malformaţiuni foetale sunt destul de rare, aşa cum a constatat Von Vinkel, care a găsit după statistica lui un procent de 2 şi 8%, însă Puech a arătat într'o statistică mai recentă, că procentul malformaţiunilor foetale este cu mult mai reduse, ajungând abia la 0,4%.

Etienne Geofroy Saint Hillare, a constatat că cele mai dese malformaţiuni foetale congenitale se grefează mai mult pe feţii de sex femenin, admiţând prin aceasta o influenţă sexuală, deşi această până în prezent nu este cu nimic precizată având în vedere multiplele teorii asupra malformaţiilor congenitale, dintre care cea mai admisă astăzi se pare a fi acea a maladiilor amniosului aşa numite amniotite şi care ar fi în legătură şi cu unele influenţe asupra anexelor foetale.

Cazul ce am onoarea a-l comunica Domniilor Voastre, prezintă un interes nu numai din punct de vedere ştiinţific, ci şi din punct de vedere Clinic, deoarece pe un acelaş făt, s'au grefat mai multe malformaţiuni congenitale, care din punct de vedere al aşezării fătului au indus în eroare mai mulţi colegi de specialitate.

Este cazul D-nei R. E., în etate de 25 ani, primipară, căsătorită funcţionară. Această bolnavă, se prezintă serviciului ambulanţei noastre, de mai multe ori începând din luna Decemvrie 1939. Bolnava prezenta o stare de sănătate bună, având conformaţia bazinului normală şi nicio afecţiune organică.

Sero-reacţia Bordet-Wasserman în sânge negativă, iar analiza urinei de asemeni negativă. Bolnava afirmativ spune că a avut ultima menstruaţie în cursul lunei Iunie 1939. La examenul medico-obstetrical se constată o sarcină de luna VI-a care prin mărimea uterului, ce era la 2 degete deasupra ombilicului, s'ar fi putut crede că sarcina ar fi mai înaintată, însă prin palpare, am observat că prezintă un început de hidramnios. Am recomandat bolnavei sfaturile necesare, rugând-o să revină pentru control, la serviciul ambulanţei noastre.

Bolnava a revenit după 4 săptămâni, din nou la serviciul ambulanţei, şi la examenul medico-obstetrical, am constatat că prezintă o sarcină de luna 7-a având conformaţia normală a abdomenului, dar faţă de vârsta sarcinei uterul era cu mult mai mare, prezentând circonferinţa abdominală 92, iar înălţimea fundului uterin, deşi era numai de luna 7-a se găsea la nivelul apendicelui xifoid.

La palparea abdominală am constatat că fătul era în prezentaţie craniană, iar bătăile cordului foetal erau perceptibile ascultatoric pe linia spino-ombilicală dreaptă.

Trebuie să remarc, că faţă de examenul anterior această palpare abdominală a întâmpinat dificultatea că uterul prezenta o tensiune foarte mare din cauza hidramniosului constatat anterior şi mult accentuat acum. Am recomandat bolnavei din nou să revină pentru un control.

Bolnava revine după 2 săptămâni aducându-mi la cererea mea dovada că a fost vizitată de încă 2 colegi care i-au pus acelaş diagnostic inclusiv hidramnios.

Am reexaminat bolnava şi am constatat la examenul medico-obstetrical extern că fătul se găsea într'o prezentaţie craniană o. i. d. a., iar bătăile cordului foetal se percepeau ceva mai surde din cauza hidramniosului foarte mult accentuat care dădea impresia a unei sarcini multiple.

Am pus bolnava sub observaţie sfătuind-o că atunci când va observa că are dureri periodice şi de intensitate mai mare, să vie să se interneze în serviciul nostru imediat.

Bolnava revine la 25 Februarie 1940, ora 5 dimineaţa acuzând dureri foarte mari care se succedau periodic tot la 5 minute şi care o făceau să sufere foarte mult faţă de durerile de naştere normale.

Aceste dureri, au început din seara zilei de 24 Februarie 1940, prezentând la intrarea în serviciul nostru adică după aproximativ 12 ore, o intensitate foarte mare. Bolnavei i-s'au făcut toate pregătirile necesare naşterei şi la examenul obstetrical extern am constatat că fătul nu mai era palpabil la strâmtoarea superioară, din cauza hidramniosului exagerat, însă la ascultaţie bătăile cordului foetal se percepeau distinct deşi mai surde tot pe linia spino-ombilicală dreaptă.

Bolnava prezenta circonferinţa abdominală 104 cm., iar fundul uterului dela simfiză măsura 37 cm., fiind convins din cauza perceperii bătăilor cordului foetal ascultate, că avem de a face cu o sarcină de luna 8-a care din cauza hidramniosului n'a putut ajunge la termen naşterea începând cu mai bine de o lună înainte de termen, m'am pregătit pentru o eventuală intervenţie.

Temperatura la intrarea în serviciu 36.4, pulsul 76 p. minut. La 3 ore după intrarea în serviciu adică la orele 8 dimineaţa lichidul amniotic s'a scurs prin ruperea membranelor şi în urma unor dureri f. intense. In tot acest timp în repetate rânduri am ascultat bătăile cordului foetal care se percepeau distinct şi nu prezenta nimic deosebit. In momentul ruperii membranelor lichidul amniotic a ţâşnit sub forma unui jet puternic lăsând să se scurgă aproximativ 5 ltr.

Ca aspect, lichidul amniotic prezenta o culoare albă transparentă fără alte elemente patologice. In urma scurgerii lichidului amniotic pentru oarecare timp, durerile de naştere au pierdut din intensitate însă au revenit după aceea din ce în ce mai puternice şi mai freqvente, însă în vulvă nu se arăta nici urmă de cap foetal.

Am administrat bolnavei tonice generale căutând să remontez starea generală, iar după o oră am observat în vulvă apariţia unei anse a cordonului ombilical. Bănuind că s'a produs prolabarea cordonului pe lângă capul foetal m'am pregătit pentru intervenţie cu atât mai mult cu cât după scurgerea lichidului amniotic, am observat că ascultatoric bătăile cordului foetal au devenit la început mai freqvente, iar apoi din ce în ce mai rari aproape imperceptibile.

După luarea tuturor măsurilor de asepsie şi antisepsie, am încercat ca să grăbesc naşterea, fătul fiind în suferinţă însă, la intrarea vaginului am observat că ansa ea a fost luată drept cordon ombilical prezenta un mezo asemănător anselor intestinale.

Având certitudinea că mă găsesc în faţa unei anomalii foetale am procedat imediat la intervenţie, găsind canalul cervical dilatat pentru 3 degete. La tuşeul vaginal nu am constatat nicio consistenţă asemănătoare capului foetal ci nişte mase cărnoase neregulate şi o masă intestinală, care hernia prin canalul cervical.

Am pătruns în cavitatea uterină şi am constatat imediat că în loc de prezentaţie craniană mă găsesc în faţa unei prezentaţii transverse căreia i-am făcut tratamentul necesar adică versiune internă care s'a făcut relativ uşor, şi extracţia podalică foetală consecutivă, extragând un făt cu aspect monstruos.

De oarece mama a continuat a pierde sânge i-am făcut extracţie manuală de placentă cu tamponament utero-vaginal, bolnava părăsind Clinica complect vindecată la data 7 Martie 1940, 12 zile după intrarea în serviciul nostru.

Fătul născut prezenta următoarele caractere:

Greutatea 1750 gr., lungimea 46 cm., regiunea craniană a feţei şi a gâtului nu prezenta nimic deosebit, însă, începând dela a 3-a coastă se observă lipsa totală a peretelui toracic care se prelungea cu lipsa totală a peretelui abdominal, iar prin această fantă mare se observa în cavitatea toracică, pulmonii, şi cordul foetal care hernia din cavitatea toracică. Sub cord muşchiul diafragm prezenta de partea lipsei peretelui abdominal o îngroşare iar sub el, se observa organele abdominale ce herniau din cavitatea abdominală. Examinând organele abdominale, am constatat ficatul, mai mare şi lobular, splina şi ansele intestinale de aspect roşu brun, fără nicio anomalie anatomică.

In ambele loji renale se găseau rinichii care prezentau bazinetele mărite, şi ambele uretere în porţiunea superioară dilatate, iar în restul organelor urinare nimic deosebit. Trebue de remarcat că, pe hemitoracele drept se vedea inserţia cordonului ombilical ce avea aspectul unui cordon normal însă, prezenta un mezo ce era aderent pe o parte de peretele abdominal, iar pe cealaltă pe însuşi cordonul ombilical, fără a prezenta vreo vascularizaţiune.

Membrul superior, stâng, era complect lipsă, prezentând în regiunea humorală, câteva formaţiuni cărnoase, moi şi pe alocurea dure, încât dădea aspectul unui membru amputat. Membrul superior drept la braţ şi antebraţ nu prezenta nimic deosebit însă degetele dela mâna dreaptă şi anume, primele trei degete prezentau o sindactilie, fiind lipite intim unele de altele delimitându-se doar prin şanţurile interdigitale, iar degetul arătător, şi cel mare fiind libere dădeau aspectul unei labe de gâscă.

Membrele inferioare în regiunea coapsei şi a gambei aveau aspect normal dar degetele picioarelor prezentau la membrul inferior stâng, o sindactilie lăsând liber doar degetul mare, iar la membrul inferior drept, sindactilia era complectă însă aderenţa interdigitală, era făcută numai pe părţile laterale şanţurile interdigitale fiind destul de pronunţate. In regiunea genitală se observă că fătul prezenta un hermafroditism incomplect cu predominanţia spre sexul femenin, având, un nodul mic şi un început de bursă unde se palpa un pasibil testicul rudimentar, însă labiile mari erau mult hipertrofiate, şi clitorisul prezenta o hipertrofie având o lungime de 1—2 cm.

Intre labiile mari se deschidea fanta vaginului rudimentar având deoparte şi de alta mici formaţiuni genitale femenine, uterul, trompele, etc.

In regiunea dorsală a fătului se observă o formaţiune pieloasă având aspectul unui cordon de o consistenţă moale cărnoasă care se întinde dela creasta iliacă dreaptă până în regiunea omoplatului drept. Examinând şi regiunea anală am constatat că anusul prezintă pe lângă o imperforaţiune anală şi o serie de 4—5 noduli aşezaţi peri anali în mod neregulat de consistenţă aproape cartilaginoasă, având mărimea unor boabe de mazăre.

Cazul acesta, căutând a-l clasifica în grupa unitară a malformaţiilor congenitale, am întâmpinat unele dificultăţi deoarece pe un acelaş făt se găsesc mai multe malformaţiuni. Luând în considerare lipsa peretelui abdominal şi a hemitoracelui stâng precum şi a membrului superior stâng, l-am clasificat ca unul ce fac parte din grupa celozomienilor putând în cazul de faţă numit pleuro-celozomian cu ectromelie şi sindactilie la care s'a adăugat şi un hermafroditism rudimentar. Cazul ce am avut onoarea a-l expune prezintă şi un interes ştiinţific dar pe lângă aceasta şi unul clinic, deoarece gravida, în cauză a fost consultată de mai mulţi medici, la care personal am trimis-o şi toţi au pus acelaşi diagnostic de graviditate în care fătul avea o prezentaţie craniană, şi toţi am fost induşi în eroare din cauza bătăilor cordului foetal care se percepeau distinct pe linia spino-ombilica'ă dreaptă invelitatea fiind prezentate transvuz şi aceasta ne-am putut-o verifica numai în urma intervenţiei unde am constatat cum cordul foetal hernia din cavitatea toracică şi a făcut posibil ca această flotare liberă în lichidul amniotic să luăm drept sarcină normală la care s'a adăugat numai hidramniosul care nu era o complicaţie prea gravă. La palpare desigur ne-am putut înşela din cauza tensiunii abdominale produsă de hidramnios, să fie luat drept cap foetal umărul drept, deoarece prezentaţiunea transversă era în poziţiunea cefaloiliacă stângă dorso anterioară, şi consisteţa era asemănătoare în asemenea caz.

Interesant este însă faptul că cordul foetal înnotând liber în lichidul amniotic a putut funcţiona, până în momentul ruperii membranelor în mod normal şi numai după ce s'a scurs lichidul amniotic funcţinea sa normală a încetat.

Tot din punct de vedere clinic faptul că prezentaţiunea a fost transversă, ceea ce a constituit o supriză, a făcut să ia drept cordon ombilical o ansă intestinală şi numai faptul că am observat mezoul intestinal ne-a edificat că nu e vorba de o prolabare de cordon, ci de o anomalie congenitală foetală.

Malformaţiunea congenitală foetală până în prezent n'are o etiologie precizată.

Deşi însăşi Hippocrete a fost primul care a acuzat compresiunea mecanică ce poate să dea anomalii congenitale la făt, totuşi autorii au admis că transmisiunea acestor anomalii în mod ereditar s'a putut observa în cazul unei familii timp de un secol unde toţi descendenţii au prezentat buză de iepure.

Vesneau a descris o serie întreagă de ectrodactilii transmise în mod ereditar, iar Lesbre a constatat că hereditatea acestor anomalii este prezentă şi în regnul animal observând cazuri transmise dela ascendenţi la descendenţi la unele rase de animale cum sunt de exemplu câinii fără coadă şi iepuri şi oi fără urechi.

Dufour Reicheinstein în teza sa care a fost concepută de Pinard susţine că sifilisul este într'o oarecare măsură capabil să producă malformaţiuni congenitale, iar Fabre, Voron şi Grivet plecând dela aceeaşi premiză au afirmat şi dovedit în numeroase cazuri că alcoolismul cronic cât şi cel temporal dacă coincide cu momentul concepţiunii poate să producă malformaţiuni congenitale diferite.

Nu poate fi invocată nici syngeneza lui Aromatari şi Swamerdam unde descendenţii conţin în sine toate calităţile ascendenţilor după cum nici epigeneza lui Wolf care afirmă că ar exista germeni preformaţi în masa protoplasmatică a oului ce se desvoltă în mediul care îi este propriu.

Geoffroy Saint-Hilare şi Dareste au combătut toate aceste teorii susţinând că rolul predominant nu-l prezintă decât amniosul şi toate afecţiunile care lovesc în amnios şi anexele foetale duc în mod sigur la malformaţiuni congenitale.

Mai recent numeroşi autori francezi au stabilit că consanguinitatea ar duce după un timp oarecare la malformaţiuni congenitale dar dacă aceasta este adevărat nu mai puţin este adevărat că insuficienţa lichidului amniotic deci oligoamniosul are un rol considerabil în producerea monstruozităţilor foetale prin presiunea muşchiului uterin asupra fătului, şi prin lipsa spaţiului de desvoltare necesar organismului, aşa cum s'a observat în unele sarcini extrauterine înaintate.

Naşterea monştrilor foetali impresionează în primul rând cercul familiar şi dau loc la multe neplăceri pentru părinţii unor asemenea feţi cum a fost şi în cazul nostru, de aceea din fericire cazurile acestea sunt foarte rari şi dacă procentul de 2 şi 8% este oarecum exagerat în serviciul nostru l-am putut observa numai într'un procent de 0,2%, unde celălalt monstru foetal născut era un anencefal.

Malformaţiunea congenitală prezentată de fătul născut în serviciul nostru era incopatibilă cu vieaţa, fătul fiind viabil până la ruperea membranelor, unde lichidul amniotic înlocuia mediul favorabil funcţiunii critice, însă el nu mai putea vieţui după ruperea membranelor când s'a scurs lichidul amniotic ce constituia mediul favorabil funcţiunii cordului foetal astfel că la naştere fătul monstruos s'a născut mort.

Discuţie: D-l Prof. T. Vasiliu nu se asociază părerii, că nu presiunea musculaturii uterine, deci factorul mecanic, ci mai mult ereditatea şi factorul endocrin sunt aceea, care determină formarea monştrilor. D-sa spune că ar fi interesant să se examineze şi sistemul glandelor endocrine.

D-l Prof. Dr. C. Grigoriu spune, că acest caz prezentat aparţine Institutului Obstetric, dinaintea D-sale şi nu Clinicei Gynecologice. Intru cât îl priveşte se asociază la părerea D-lui Prof. T. Vasiliu.

3. *Conf. Dr. I. Gavrilă, Dr. P. Ţârlea* şi *Dr. Neagos:* **Un caz de reacţie vaccinală generalizată la adult.**

Se prezintă cazul unui soldat, care în urma vaccinării prezintă o reacţie generalizată. Se aminteşte, că în mod normal, în cazurile de vaccinări apare numai o reacţie localizată asociată uneori de puţine fenomene generale, (febră) simptome care durează câteva zile, ca să dispară apoi complect.

Cazul prezentat este un soldat de 21 ani, care a fost revaccinat împreună cu alţi 400 soldaţi. După vaccinare n'a prezentat, decât o reacţie locală traumatică redusă. După 3 zile face o reacţie locală iarăşi foarte redusă. La 10 zile, tocmai când local era pe cale de vindecare, bolnavul face temperatură de 39.40, urmată de o serie de erupţiuni pe faţă, gât, părţile laterale ale

toracelui, pe braţe şi pe coapse. Leziunile eruptive au toate caracterele morfologice din variolă (Maculă, pauulă, veziculă, pustulă crustă) apoi erupţiunea s'a vindecat foarte încet după 30 de zile.

Având în vedere, că a fost revaccinat recent şi că erupţia s'a prezentat cu caracterele morfologice a unei reacţii vaccinale obişnuite, s'a pus diagnosticul de vaccin generalizat. Mecanismul de producere probabil a fost calea hematogenă.

4. *Dr. F. Süssmann;* **Consideraţiuni asupra operaţia Wertheim.**

După ce face câteva consideraţiuni generale asupra histerectomiei totale şi evoluţiei ei, D-sa spune, că în urma experienţelor şi rezultatelor a mai mulţi autori, a devenit şi D-sa partizanul convins al operaţiei lui Wertheim. A ajuns la această convingere din mai multe cauze: 1. Posibilitatea operatorie mai mare. 2. Mortalitate mult mai redusă ca în alte metode similare. (Schaute). 3. Vindecarea după Wertheim e destul de rapidă. 4. Complicaţii mult mai rare. 5 Timpul operaţiei e scurt.

D-sa pe 808 cazuri a avut o mortalitate de 4,5%. Nu este de părerea lui Bumm, care susţine, că mortalitatea în operaţia Vertheim ar fi datorită virulenţii streptococilor hemolitici, care se găsesc în vagin. In ce priveşte tehnica operaţiei, D-sa este de părere, ca durata să fie foarte scurtă, pentru ca abdomenul să stea cât mai puţin deschis. Ca anestezie face numai cea rachidiană. Ca tratament preoperator nu face altceva, decât spălături vaginale cu lizoform în ziua operaţiei şi aplicarea unui tampon steril în vagin.

Discuţie: D-l Prof. Dr. C. Grigoriu aduce din partea Societăţii mulţumiri D-lui Dr. Süssmann pentru interesanta sa expunere şi aminteşte, că D-sa a avut 1000 cazuri de operaţie Wertheim, care împreună cu cele ale D-lui Süssmann sunt destul de elocvente. In principiu este de acord cu cele spuse de D-l Süssmann. D-sa spune, că la început a practicat şi operaţia lui Schauta, dar a părăsit-o în favoarea operaţiei Wertheim, care e mult mai simplă şi mai rapidă. Cu această operaţie a ajuns să aibă o mortalitate de ½—2%. Relativ la tratamentul preoperator este de părere, să fie cât mai redus. Este partizanul rachianesteziei. Nu aplică niciun drenaj, care este inutil, chiar periculos, infecţiunea făcându-se de jos în sus. Nu face nici drejan vaginal. D-sa insistă apoi asupra importanţei diagnosticului precoce.

5. *Prof. Dr. M. Kernbach:* **Dreptul de a opera** (conferinţă).

După ce face o serie de consideraţi generale asupra exercitării şi legiferării practicei medicale, D-sa spune, că nicio lege nu precizează, care sunt drepturile care care se dau medicinii, fapt care este bine precizat în lege, în ce priveşte alte profesiuni libere, ca ingineri, avocaţi, etc.

D-sa spune, că este o mare deosebire între ceea ce face medicul în exercitarea profesiunei sale şi ceea ce cred şi cum interpretează juriştii. Legea nu concepe medicului dreptul de a trata şi opera, fapt neprevăzut nici în legislaţiile altor ţări. Astfel că intervenţia medicului este îngrădită de voinţa bolnavului. Jurisdicţiunea sprijină acest fapt, ca să nu se aducă o ştirbire a libertăţii individuale, deci dreptul de a dispune de persoana proprie este mai tare, ca însăşi salvarea vieţii idividului. In consecinţă intervenţia medicului, chiar în cazuri grave, pentru salvarea vieţii bolnavului, fără voia acestuia, este susceptibilă de pedeapsă. Deci orice intervenţie trebue făcută numai cu consimţământul bolnavului, după ce în prealabil, pe cât este posibil, i s'a explicat decursul şi eventualele riscuri ale operaţiei. Orice abatere dela cele spuse bolnavului, dacă în cursul operaţiei intervin şi alte organe bolnave în joc, fără cnnsimţământul bolnavului, este susceptibilă de pedeapsă, căzând în culpa de vătămarea persoanei.

Dr. T. Spătaru.

6. *Dr. N. Cotoi* (medic de circ. Făgăraş). **Moarte accidentală în urma fracturei bazei craniene şi hemoragiei meningeale.**

In majoritatea cazurilor accidentele se prezintă cu semne exterioare, care alarmează pe cei din jurul bolnavului şi-l îngrijorează uneori chiar şi pe medic, dar care în fond nu-s prea grave şi se vindecă repede; ceea ce aduce medicului pe lângă deplina satisfacţie, admiraţia şi recunoştinţa celor din anturajul suferindului.

In anii trecuţi am avut în tratament un accident produs de o lovitură puternică în cap, la un tânăr premilitar, care accident se manifesta prin o plagă lungă de aproximativ 10 cm. şi adâncime până la osul craniului, acompaniată de o hemoragie puternică externă, în regiunea parietală dreaptă. Această plagă după o desinfectare riguroasă şi aplicarea unui pansament cu vaselină zincată, la trei zile, când s'a reînoit pansamentul s'a constatat o ameliorare surprinzătoare (pe jumătate vindecat).

Cazul pe care îl comunic în rândurile de mai jos, este interesant prin faptul, că aci semnele exterioare lipsesc şi moartea a survenit fără a solicita ajutorul medical decât în ultimele clipe (agonie) când nu s'a putut face nimic pentru salvarea bolnavului.

Este pentru mine primul caz similar în cursul alor 14 ani de practică medicală, fapt ce m'a determinat să-l public, crezând că este interesant pentru unii medici practicieni şi oficiali — obligaţi cu verificarea deceselor.

Este vorba de un accident mortal provenit din o lovitură în regiunea temporală stângă (deasupra urechii), la ucenicul Oprean C. de 17 ani din oraşul nostru în următoarele împrejurări:

In dimineaţa zilei de 13 Mai 1941 am fost chemat la bolnavul O. C. menţionat mai sus pe care l-am găsit într'o stare gravă (agonie) prezentând următoarele simptoame: Bradicardie, temperatură de 38 grade, pupilele inegale, cea din stânga foarte dilatată şi contracţiuni musculare aproape generalizate (semne piramidale cu Babinski pozitiv). Semnele pledau pentru o presiune intracraniană (ev. hemoragie neclarificată). S'a exclus posibilitatea unei infecţiuni tetanice. Semne exterioare nu s'au putut afla. La interogarea celor din jur s'a aflat, că în seara zilei de 12 Mai băiatul s'a reîntors dela şcoală cu durere de cap şi dinţi produsă după cum le-a declarat el de o lovitură în cap primită dela un alt ucenic coleg al său. Pentru calmarea durerii i s'a administrat de stăpâna casei o tabletă de Veropyron, aflată în casă, dar fără să-i producă vreo ameliorare ci în urma acesteia a vomat. Cazul fiind grav şi suspect în ceea ce priveşte originea boalei, am dispus internarea urgentă în spital, dar până la sosirea trăsurei pentru transport pacientul a decedat.

Cu atare origine dubioasă în producerea decesului, s'a adus la cunoştinţa parchetului Făgăraş cazul de moarte suspectă, pentru dispunerea executării autopsiei. In după masa zilei de 13 Mai, parchetul a dispus facerea autopsiei, delegându-mă pe mine cu această expertiză medico-legală.

Procedând la autopsia cadavrului aparţinând ucenicului O. C. am constatat următoarele:

Regiunea temporală post. stângă pare uşor bombată puţin albăstrie, fără vreo excoriaţiune cât de mică. La secţiunea acestei regiuni s'a scurs sânge de culoare închisă (negru), iar ţesuturile erau colorate în brun închis, faţă de cele din partea opusă de culoare roşie deschisă.

La deschiderea cutiei craniene s'a constatat un coagul de sânge (hematom), de mărimea unui pumn de copil mic (2—3 ani), situat între meninge şi os, în regiunea temporală stângă. După ridicarea acestui coagul aşezat în partea inf. pe partea ant. a stâncei temporale (baza craniului), s'a constatat în această regiune o fractură osoasă lineară neregulată de lungime 4—5 cm. In ca-

vitatea craniană s'a mai găsit şi o cantitate de circa 60—80 gr. sânge necoagulat.

Aşa dară în cazul de faţă în urma unei loviri (oarbe) în regiunea temporală post. stângă, s'a produs o fractură a bazei craniului cu o hemoragie meningială lentă (picătură cu picătură) care a produs prin compresiunea centrilor cerebrali moartea după un interval de circa 14 ore.

In urma unei anchete s'a stabilit că în seara zilei de 12 Mai a. c. între ore (pauză), a fost prins pe la spate de un alt coleg al său care l-a trântit la pământ şi în cădere s'a lovit de colţul băncii şi că după această lovire s'a ridicat de jos cam zăpăcit, dar repede s'a recules şi la câteva minute a intrat învăţătorul care l-a întrebat şi căruia i-a răspuns bine. In drum spre casă mergând cu alţi colegi ai săi a discutat cu aceştia dar le-a spus că îl doare capul din cauza loviturii.

La şcoli se întâmplă des loviri cu capul de bănci, fără ca acestor loviri să se dea vreo importanţă, decât atunci când este şi sângerare. Ori din cele relatate mai sus rezultă; că sunt grave şi accidentele fără semne exterioare şi mai ales fără hemoragii externe şi că gravitatea unui accident depind de multe ori de locul unde s'a produs lovirea chiar dacă exterior nu prezintă semne alarmante (hemoragie mare, etc.). De aceeea la stabilirea gravităţii se vor lua în considerare toate circumstanţele spre a se judeca cazul dat în mod real şi ştiinţific.

Am ţinut să relatez acest caz ca o contribuţie statistică la accidente de atare natură.

Revista cărţilor

Istologie şi tehnică microscopică, de *Prof. Dr. I. Drăgoiu* Editura H. Welther, Sibiu, 1941.

A apărut ediţia a 2-a a tratatului de istologie a regretatului profesor Ion Drăgoiu. Partea apărută, de 280 pagini, conţine următoarele capitole: Se ocupă în mod detailat în primul rând cu tehnica microscopică. Aci se descrie întâi microscopul şi accesoriile sale cu toate detaliile necesare pentru înţelegerea manipulării acestui instrument atât de necesar în cercetările de laborator. Se dă tehnica numărătorii globulelor roşii şi a globulelor albe. Se tratează foarte clar modul de a constitui o preparaţiune microscopică: preparaţiune extemporanee, preparaţiune permanentă (fixarea, incluziunea, microtomia, tehnica microtomului, colorarea şi substanţele colorante, impregnaţiunile metalice, injecţiunile, preparaţiunea microscopică dintr'un os uscat, montarea secţiunilor, microincinerarea). Se tratează apoi despre celulă, este expusă morfologia şi fiziologia celului.

Urmează apoi expunerea despre evoluţia celulelor şi reproducerea indivizilor. In această parte se vorbeşte întâi despre fenomenele generale de reproducere (liniile generale ale felurilor de reproducere, evoluţia celulelor germinative, morfologia şi fiziologia fecondaţiei), despre noţiuni de embriologie, despre diferenţiarea celulară.

In compunerea acestei ediţii autorul, după cum însuşi o spune în prefaţă depe timpul când era încă în vieaţă, a fost condus de o minuţioasă preocupare didactică şi a păstrat aceeaşi normă de expunere ca şi în prima ediţie. A prezentat numai procedeele curente în tehnica microscopică, adică acelea ce sunt indispensabile în studiul istologiei. Fapte noui pe care trebuia să le menţioneze şi schimbarea uneori a concepţiei în cercetarea fenomenelor, l-au făcut să aducă, în unele capitole, câteva modificări şi complectări faţă de prima ediţie. A căutat însă a nu depăşi limita impusă de aceste *Elemente* şi a nu încărca textul cu amănunte uneori nefolositoare pentru studenţi. S'a avut în vedere că scopul în învăţământul istologiei constă în primul rând într'o pregătire de bază, o pregătire introductivă pentru studiul fenomenelor vieţii.

Prin reeditarea acestei cărţi se aduce un serviciu de nepreţuit studenţilor în medicină, cari au la dispoziţie un tratat de istologie redactat cu o claritate deosebită şi executat în condiţiuni tehnice ireproşabile. Tratatul poate fi de folos şi oricărui medic, care doreşte să aibă în bibliotecă o carte din care să-şi poată reîmprospăta oricând cunoştinţele de istologie, tehnică microscopică şi embriologie.

Producerea de febră artificială prin raze ultrascurte, — Ipertermie prin ultrascurte, (Künstliche Fiebererzeugung mit Kurzwellen. — Kurzwellen Hyperthermie) de *Doc. Dr. Ernst Raab.* Editura Georg Thieme, Leipzig, 1939.

In această lucrare de 158 pagini autorul se ocupă de problema producerei de febră artificială cu ajutorul razelor ultrascurte şi de aplicarea acestei metode în tratamentul diferitelor boli, mai ales din domeniul sistemului nervos. Conţinutul cărţii este următorul: In prima parte se expun diferitele metode întrebuinţate până astăzi pentru producere de temperatură artificială cu scop terapeutic. Intre acestea în primul rând este procedeul malarioterapic aşa de mult utilizat în tratamentul bolilor sistemului nervos. Se mai produce temperatură artificială cu ajutorul băilor fierbinţi, apoi cu ajutorul lămpii cu arc voltaic, cu raze ultraroşii, prin termofoare speciale, cu sistemul Kettering-Hypertherm, cu ajutorul curenţilor de înaltă frecvenţă.

Se expune apoi aplicarea razelor ultrascurte cu scopul de a produce ipertermie. In acest scop se utilizează aparate electrofizice, construite în mod special. Se dau o serie de detalii electrofizice şi tehnice pentru înţelegerea mecanismului de acţiune şi pentru înţelegerea felului de aplicat al metodei. Autorul dă metoda sa proprie, dând toate detaliile necesare despre felul de preparare şi comportare a bolnavului în cursul producerii acestei temperaturi artificiale. In fond autorul *înţelege sub noţiunea de ipertermie prin ultrascurte producerea unei urcări de temperatură la cel puţin 39,5—40° pentru o durată de timp de cel puţin 4 ore.* După punerea în contact a bolnavului cu aparatul, prima jumătate de oră nu necesită o atenţie deosebită. Timp de 25 de minute temperatura bolnavului se menţine aproximativ la 37,5—38° şi în general în următoarele 10 minute se urcă repede la 39,5—40°. După trecerea primei jumătăţi de ceas, bolnavul va fi observat mai de aproape şi va fi măsurat în fiecare 10 minute. Odată ajunsă temperatura la 39,5—40°, curentul va fi desfăcut. In multe cazuri temperatura se urcă şi după aceea şi se poate conta cu urcări de $^1/_2{}^0$ aproximativ, deobiceiu se menţine la această înălţime o oră, după care timp din nou are tendinţă spre cădere. Dacă temperatura scade cu 0,5—0,8°, din nou se face legătura cu aparatul şi în cel mult 10 minute temperatura revine iar la 40°. Se menţine ipertermia 4—6 ceasuri. Se dau detalii asupra reacţiunilor fiziologice ale organismului în timpul ipertermiei, asupra comportării sistemului cardiovascular, a presiunii sangine, asupra modificărilor în compoziţia fizico-chimică a sângelui (variaţiunile clorurilor, a calciului, a azotului, modificările permeabilităţii vas-

culare, comportarea anticorpurilor). Se notează şi contraindicaţiunile pentru această metodă.

Intr'un capitol se face un studiu comparativ între malarioterapie şi ipertermia prin ultrascurte, autorul ajungând le concluziunea, că ipertermia prin ultrascurte are mari avantagii faţă de cea prin malarie.

In partea a doua a lucrării se dă aplicarea clinică a ipertermiei prin ultrascurte în diferitele boli. In primul rând se aplică în bolile cu etiologie sifilitică şi anume: în paralizia generală, în tabes dorsalis, în sifilisul cerebrospinal, în sifilisul ocular, în sifilisul primar recent şi în sifilisul secundar, aceste tratamente fiind ilustrate cu observaţiuni clinice. Ipertermia prin ultrascurte se poate asocia şi cu tratamentul cu injecţiuni de neosalvarsan.

Se mai aplică apoi ipertermia cu ultrascurte în blenoragie şi în complicaţiile blenoragice (epiditimite, piosalpinx, reumatisme). S'a utilizat această metodă terapeutică şi în reumatismul articular: artrita reumatică, artrita deformantă. S'a mai aplicat apoi şi în scleroza multiplă. Se dau indicaţiuni despre aplicarea metodei şi în alte boli ale sistemului nervos: corea minor, encefalita, poiliomelita, parchinzonismul, hemiplegii, nevrite, ischias, psichoză, etc. S'a mai aplicat metoda şi în alte boli medicale: astm, afecţiuni arteriale, afecţiuni glandulare, afecţiuni renale, cutanate.

La sfârşit se dă o literatură bogată asupra acestui aşa de interesant subiect.

Conf. Dr. I. Gavrilă.

Istoria ftiziei (Die Geschichte der Schwindsucht) de *Dr. med. Richard Bochalli.* Georg Thieme, Leipzig, 1940.

Aforismul lui Bier: „Wirkliches Verständniss für sein Fach bekommt man nur, wenn man dessen Geschichte kennt", este pe deplin valabil şi pentru medicină. Dela el pleacă Bochalli, când îşi propune să scrie o istorie a ftiziei. Volumul apărut tratează în 72 pagini evoluţia istorică a ideilor medicale despre ftizie începând din cea mai veche antichitate şi până în secolul al XVII-lea, urmând să fie complectat prin altul care va trata istoria tuberculozei, în sensul ei de entitate nosologică pe care i-l dăm astăzi, căci medicina greco-romană şi cea a evului mediu înglobau în termenul ftizie o serie de sindrome toracice insuficient diferenţiate.

In perioada preippocratică ftizia este foarte rar menţionată. Scrierile egiptiene nu amintesc nimic despre ea. Afirmaţiile unora că evreii ar fi cunoscut mai de aproape ftizia, nu sunt confirmate de către autor. In schimb se insistă mult asupra ftiziei în scrierile inzilor, unde se recomandă insistent, ori cărui medic care ţine la reputaţia sa, să nu trateze bolnavi ce prezintă cele 6 simptome ale ftiziei grave: tuse, diaree, junghiuri, răguşeală, inapetenţă, febră.

In scrierile lui Ippocrate găsim o bună parte din simptomatologia tuberculozei pulmonare, tot acolo se arată legătura dintre această boală şi constituţie (habit ftizic), vârstă, sex, modul de trai. Ippocrate a practicat şi auscultaţia directă a toracelui. In privinţa etiologiei şcoala din Kos credea că ftizia este ereditară. Tot Ippocrate a pus bazele tratamentului igieno-dietetic şi climatic al bolii, precizând şi anumite semne prognostice.

Influenţa lui Ippocrate se resimte în ftiziologie până în zilele noastre; în antichitate ea a fost absolută. Contribuţii la cunoaşterea ftiziei au mai adus Celsus, dela care a rămas cuvântul tuberculum, Areteu care ne dă o foarte bună descriere a simptomatologiei, insistă asupra importanţei psihoterapiei, a curei de îngrăşare cu lapte şi menţionează euforia caracteristică a ftizicilor gravi.

Galen deosebeşte trei forme clinice a ftiziei: una acută, una cronică şi una ulceroasă. In privinţa diagnosticului îl urmează pe Ippocrate, dar în ce priveşte cauza bolii, el crede că ea nu se moşteneşte, ci se ia prin contagiune.

Timp de 14 secole după Galen nu s'a făcut, nici de şcoala medicală arabă, nici de medicina evului mediu vreun progres mai însemnat în domeniul cunoaşterii ftiziei. El va deveni posibil abia pe la sfârşitul secolului al XVII-lea, după ce Vesal şi ceilalţi anatomişti ne vor fi dat noţiuni mai precise despre structura aparatului respirator, iar descoperirea microscopului putinţa de-a întreprinde cercetări şi mai minuţioase.

Conf. Dr. L. Daniello.

Orientarea profesională a deficienţilor auriculari. De *Dr. Gabriel Cotul.* Un volum de 120 pagini, tipografia Cartea Românească din Cluj, Sibiu 1941.

In vederea unei bune utilizări a omului în câmpul muncii, este necesar ca aptitudinele sale să fie cunoscute pe planul unei sănătăţi integrale şi deci în cadrul diferitelor deficienţe organice pe care fiinţa-om le poate prezenta.

Organizarea actuală a muncii colective este o organizare ştiinţifică. In virtutea acestor directive, al căror scop este potenţarea producţiei la maximum, se impune o selecţiune profesională. Selecţiunea profesională pretinde să se dea fiecăruia ocupaţiunea cea mai aptă manifestărilor sale bio-psihice. In felul acesta se ajută perfecţionarea omului în câmpul activităţii sale şi se creiază un climat al muncii, capabil să dea cele mai mari foloase societăţii.

Selecţiunea profesională este la baza orientării profesionale. Orientarea factorului uman în procesul producţiei nu mai poate avea loc în vremea noastră, fără cunoaşterea însuşirilor sale fizice şi sufleteşti.

Fie că este vorba de ucenicie adică a învăţa, fie că este vorba de meserie adică a produce în aşa fel, încât societatea să prospere neîncetat, iar omul-ucenic adică elevul, sau omul-profesionist adică producătorul, să se perfecţioneze continuu, selecţiunea profesională este indicată. In cadrul acestei probleme destul de vaste astăzi a selecţiunei profesionale, apare lucrarea prezentă datorită sârguinţei şi destoiniciei medicale a doctorului Cotul Gabriel.

Doctorul Cotul este elev al şcoalei oto-rino-laringologice din Cluj, discipol al clinicii boalelor de nas, gât şi urechi a Facultăţii de Medicină clujană. Calitatea sa actuală de medic pentru boli de nas, gât şi urechi în organizaţia noastră sanitară a asigurărilor sociale, i-a dat ocaziunea deasă să observe unele anomalii ale utilizării factorului omenesc în câmpul muncii din punctul de vedere al deficienţelor auriculare. Din aceste constatări, care se cereau corectate, a fost concepută lucrarea de faţă, tot astfel cum în alte împrejurări noi înşine am fost obligaţi să cerem în repetate publicaţii, corectarea regulamentului sanitar militar din punctul de vedere otologic.

Urechea, se ştie, contribue la integritatea fiinţei noastre fizice şi psihice. Deficientele ei scad în grade diverse valoarea noastră biologică şi însăşi valoarea noastră spirituală. Un om mai mult sau mai puţin surd, este mai mult ori mai puţin inapt diverselor aspecte ale activităţii umane. Unele boli ale urechii pot în fine produce diferite alte turburări în afara deficienţelor auditive pure, cum sunt senzaţiile mai mult ori mai puţin penibile de vertij, de ameţeală, cum sunt sgomotele auriculare subiective sau vâjâiturile de urechi.

A cunoaşte existenţa acestor manifestări anormale ale aparatului auricular, gradul şi compatibilitatea lor cu diverse profesiuni înseamnă a avea cunoştinţe temeinice în domeniul patologiei urechei şi înseamnă în plus a şti indica orientarea profesională, ţinând cont de boalele urechei. Acest fapt îl scoate în relief volumul de faţă. Indicaţiile orientării profesionale a defectivilor auriculari, date în această lucrare, se sprijină pe cele mai recente lucrări în această direcţie şi pe observaţiile proprii autorului. Ele constituesc expresiunea importantă, miezul acestei lucrări. Ele pot fi deci utifizate la o persoană oarecare în afara intervenţiei altor factori defectivi.

Avem credinţa că lucrarea de faţă va fi apreciată aşa cum merită în mediile noastre medicale specializate şi că utilitatea ei va fi evidentă pentru toţi cei puşi să orienteze spre o profesiune oarecare un deficitar otic pe baza unui diagnostic medical bine precizat.

Profesor G. Buzoianu.

Revista revistelor

INTERNE

Insuficienta suprarenală a avitaminozei şi a ipocritaminozei C. (L'insufisence surrenalienne de l'avitaminose et de l'hypovitaminose C) de *A. Giroud et A. R. Ratssimamanga.* La Presse Médicale, Nr. 40—41, 1940. Simptomele clinice de insuficienţă supra renală (atrofia musculară, fatigabilitatea, adinamia, turburări în metabolismul apei se întâlnesc şi în cursul carenţei de vitamină C. In condiţiuni normale se constată o concentraţie ridicată a acidului ascorbic în suprarenală, care se pare e necesar unei funcţii normale acestei glande. O parte din simptomele animalelor lipsite de vitamină C, analoage cu acelea ale insuficienţei suprarenale sunt atenuate sau dispar după administrare de hormon cortical. S'a observat că celulele suprarenale în carenţă de vitamină C, sunt mult modificate. Acest fapt pledează în favoarea ipotezei unei alteraţii funcţionale asuprarenalei atunci când vitamina C e diminuată sau lipseşte. Există prin urmare legături strânse între acidul ascorbic, cortico-suprarenală şi funcţia sa endocrină. Avitaminoza şi ipovitaminoza C este însoţită de o insuficienţă suprarenală de grade diferite. Pentru a evita aceste turburări se impune o vitaminizare corectă (70 mgr. pe zi, sub formă de vegetale). In boala lui Addison, în alteraţiile funcţionale a glandei suprarenale prin intoxicaţii sau infecţii, probabil, în miastenie şi amiotrofia progresivă e bine să asociem la tratamentul cu cortină şi acidul ascorbic în doze mari (300 mgr. pe zi intravenos). Este deci indicată utilizarea simultană a acidului ascorbic şi a hormonului cortical în diversele forme de insuficienţă suprarenală.

Dr. Cornel Meţianu

Vitamina C şi K şi acţiunea lor asupra diatezei hemoragice. (Die Vitamine C und K und ihr Einfluss auf haemorrhagische Diathesen) de *Dr. L. Birkofer* şi *Dr. H. J. Bielig.* Med. Welt. 1941. Nr. 26. Pag. 657—660.

Autorii dau următoarele date în privinţa acestor două vitamine: descriu întâi diatezele hemoragice şi cauzele lor fiziopatologice. Apoi plecând dela scorbut şi dela aphyllochinosa se ocupă de descoperirea vitaminei antihemoragice C şi K, ca şi cu factorul de permeabilitate P. Se descrie apoi influenţa acestor vitamine asupra diferitelor stări hemoragice, după cum şi dozarea lor. Vitamina C în primul rând are o acţiune bună în acele stări hemoragice, cari sunt cauzate de alteraţiuni a pereţilor capilari. In afară de scorbut inclusiv boala lui Möller-Barlow şi stările prescorbutice este indicată şi în formele de purpură vasculară (Morbus Schönlein-Henoch), influenţează însă şi impermiabilitatea vasculară în boala lui Werhof. Uneori se obţine în hemofilie prin doze mari intravenoase de acid ascorbic o urcare importantă a coagulabilităţii sangine.

Terapia cu vitamina C este mult favorizată prin adaugarea factorului de permeabilitate P (citrin).

Vitamina K, respective preparatele active K, pot opri fenomenele hemoragice, grupate sub numirea de „Aphyllochinose", cari survin în urma lipsei protrombinei, pe lângă o funcţie hepatică intactă. Aphylochinosa poate surveni din cauză alimentară sau din cauza turburărilor de rezorbţie, cum este în icterul de stază, sprue, sau în diareile consecutive lipsei de bilă.

Tratamentul ipertireozelor cu fluortirozin. (Die Behandlung der Hyperthireose mit Fluortyrozin) de *Frhr. von Hodenberg.* Dtsch. med. Wschr. 1941, Nr. 26, pag. 706—709.

Autorul utilizează preparatul de mai sus în tratamentul ipertireozelor ajungând la următoarea concluzie: fluortirozina frânează mobilizarea glicogenului hepatic şi muscular. Prin aceasta se ajunge la o scădere importantă a probei de iperglicemiei provocată, mai ales la indivizi cu metabolism normal, mai departe la o urcare în greutate. Ambele sunt evidenţiabile numai în mod trecător, deci se recomandă numai un tratament fracţionat de pardinon. Se constată un rezultat bun în tratamentul formelor uşoare de ipertireoză, în formele grave rezultat bun se poate obţine în asociaţie cu radioterapie.

Asupra valorii aciditătilor în sucul gastric, la soldaţi. (Über die Säurewerte des Magensaftes von Soldaten) de *Dr. E. Püschel,* Dsch. med. Wschr. 1941, Nr. 24, pag. 656—58.

Autorul a cercetat sucul gastric la 85 soldaţi sănătoşi, constatând că în medie atât valoarea aciditătii totale cât şi a acidului clorhidric liber sunt mai reduse puţin decât valorile date în cărţi. Extragerea dejunului de probă după 30 de minute nu este în desavantajul examinării. Valorile medii mai scăzute sunt considerate a fi în legătură cu formele regimurilor alimentare. O influenţă sigură a ţigaretelor asupra valorii aciditătilor nu a putut fi pusă în evidenţă. Nu s'au constatat valoriile de 10—11% de anaciditate, date în literatură. Cunoaşterea acestor rezultate poate fi de importanţă pentru medicul militar.

Conexiuni între hormonul cortico-suprarenal şi acidul ascorbic. (Connexions entre l'hormone cortico-surrénale et l'acide ascirbique) de *A. Giroud* şi *A. Ratsimamanga.* Paris Médical, 1940, Nr. 29—30, pag. 356

Studiind legăturile între hormonul cortico-suprarenal şi acidul ascorbic, autorii ajung la următoarele concluziuni: Faptele experimentale şi chimice arată multiplicitatea interacţiunilor între vitamina C şi hormonul cortico-suprarenal. Acidul ascorbic este necesar producerii acestui horman de către cortexul supra-renal, el joacă un rol în secreţia sa, intervine în acţiunea sa. O insuficienţă în vitamina C, poate determina o deficienţă suprarenală, ceea ce trebue evitat prin un regim supraveghiat. Faptele arată o sinergie funcţională între acidul ascorbic şi hormonul cortical. Deci terapeutic utilizarea simultană a hormonului cortical şi a acidului ascorbic este de recomandat.

Dr. I. Gavrilă

*

INFECŢIOASE

Contribuţiuni la tratamentul meningitei pneumococică. (Beitrag zur Behandlung der Pneumokokenmeningitis). De *Rudolf Singer,* Wien, klin. Wschr. 1941 Nr. 26 pag. 549—551.

Autorii relatează întâi două cazuri cu meningită pneumococică gravă, unul de 57 ani, altul de 70 de ani, ambii bărbaţi, trataţi numai cu eubazin fără ser antipneumococic. Primul caz s'a vindecat, al doilea a sucombat. Eficacitatea eubazinei s'a evidenţiat în primul caz prin aceea, că lichidul cefalorachidian purulent cu pneumococi, după 2 zile de tratament cu eubazin (6 gr.) a devenit fără coci şi după 6 zile (12 gr.) complet clar. De o importanţă deosebită a fost, că bolnavul a primit 8 gr. eubazin sub formă de injecţie în primele 3 zile, din care 3 gr. intravenos, astfel că medicamentul a ajuns repede în concentraţie înaltă în locurile afectate. Insuccesul din cazul doi se datoreşte tratamentului tardiv aplicat din cauză că au lipsit simptomele de meningită. Se mai relatează la sfârşit încă un caz de meningită otogenă cu streptococi, unde cu eubazin la început s'a obţinut un oarecare rezultat, însă sfârşitul letal n'a putut fi evitat din cauza unui abces cerebral.

Cercetări experimentale intrarachidiene pe animale cu prontosil solubil în meningite streptococice experimentale şi într'un caz de meningită streptecocică la om. (Tierexperimentelle Untersuchungen mit Proutosil solubile intralumbal

bei künstlich erzeugter Streptokokkenmeningitis und über einen Fall von Stretokokkenmeningitis bei Menschen). De *E. Rinsche* şi *H. Nasemann* Fschr. Ther. 1941 Jahrgang 17. Heft 5. Pag. 153—158.

Autorii trec în revistă în mod sumar literatura asupra prontosilului apoi în special aceea în legătură cu tratamentul meningitelor. Fac o serie de cercetări experimentale cu animale în această privinţă apoi îl utilizează într'un caz de meningită gravă streptococică la un bărbat de 33 de ani, ajuns la tratament în stadiu dn inconştienţă. Se ajunge la următoarele concluziuni: 1. In cercetări experimentale prontosilul solubil nu este nociv asupra măduvei şi a meningelor la câini şi la maimuţe. 2. Se demonstrează acţiunea net bactericidă în meningitele streptococice experimentale. 3. Se demonstrează o protecţie profilactică prin injecţiuni intrarachidiene faţă de o infecţie ulterioară prin streptococi.

Terapia brucellozelor. — Febra de Malta, boala lui Rang. — (Die Therapie der Brucellen-Infektion. — Malta Fieber, Abortus Bang) de *Prof. Giovanni Guglielmo*. Z. ärztl. Fortbildung, 1941 Nr. 12, pag. 304—307.

Autorul bazat pe o experienţă de 6 ani în tratamentul brucellozelor, mai ales în Sicilia, ajunge la următoarele concluziuni: vaccinoterapia intravenoasă contra brucellozelor, aplicată raţional, constitue o metodă de vindecare rapidă şi definitivă în cele mai multe cazuri a brucellozelor obişnuite. Procentul cazurilor cu insucces terapeutic este aşa de redus, că în mod practic poate fi trecut cu vederea. Cel mai mare număr de insuccese în practica particulară se înregistrează din cauza greşelilor de tehnică în tratament şi insuficienţii acestui tratament. Această metodă merită să fie generalizată, pentrucă este cea mai eficace în vindecarea acestei boli, răspândite asupra întreg globului şi caracterizată prin o durată foarte lungă.

Dr. I. Gavrilă

Malaria ca factor de degenerare şi de debilitate fizică a populaţiei rurale româneşti. *Prof. Dr. Radu Olinescu.* Publicaţiile Academiei Naţionale de Ed. Fiz. Seria B. Nr. 1, 80 pg. 8⁰—1941.

Autorul, profesor de igienă a Academiei de Educaţie fizică întreprinde cu elevii săi o anchetă într'o regiune malarică, cuprinzând 19 sate şi cătune din judeţul Ilfov, aflate pe valea Mostiştei şi Valea Vânătă; în a doua regiune nemalarică, cuprinzând 6 sate de pe valea Argeşului şi a Sabarului. In prima regiune au fost examinate 15 014 şi în a doua 16.453 de locuitori. Au fost cercetate toate datele demografice, economico-sociale şi epidemologice ale ambelor regiuni.

Pe o serie de examinări, autorul scoate în evidenţă rolul degenerativ al malariei. Malaria produce în ţara noastră o incapacitate de muncă a păturii ţărăneşti, în perioada cea mai necesară agriculturii şi o tendinţă de degenerare fizică a copiilor. Degenerarea se manifestă printr'un deficit în creşterea taliei, apoi în desvoltarea şi funcţionarea cutiei toracice.

Olinescu cere o stârpire radicală a malariei. Ea nu se poate realiza decât activând în toate direcţiile: tratarea sistematică a celor bolnavi, tratament preventiv, indiguiri şi ridicarea stării economice şi a condiţiilor alimentare ale ţăranului.

m. k.

*

CHIRURGIE

Chimioterapia plăgilor prin chemotherapeuticum 4029—9 Hoffmann La-Roche (sulfanilamide). (La chimiotherapie des plaies par le Chemotherapeuticum 4029—9 Hoffmann La-Roche (sulfanilamide) de *A. Jentzer* şi *R. Madjzoub*. Schw. med. Wschr. 1941. Nr. 24. Pag. 737—744.

Autorii au aplicat chimioterapia locală a plăgilor chirurgicale cu preparatul indicat mai sus al casei Hoffmann La-Roche, ajungând la următoarele cuncluziuni: tratamentul plăgilor recente (accidentale, prin porectile, fracturi deschise), a fost transformat prin aplicare locală a sulfamidelor. Sutura primitivă a plăgilor va fi metoda de ales. Tratamentul plăgilor care nu permit o sutură primitivă a suferit iar modificări în sensul că, după câteva zile de chimioterapie se poate face o sutură primitivă întârziată. Această nouă metodă, dacă ea nu împiedică isbucnirea infecţiunii, cel puţin o întârzie în evoluţie. Ea pune din nou problema evacuării în chirurgia militară. Mulţi dintre răniţi trataţi prin sulfamide vor putea fi trimişi direct la formaţiunile sanitare dinapoi, fără a mai trece pe la ambulanţa chirurgicală. In fine ea evită pansamentele zilnice dureroase. Rezultatele noastre sunt foarte încurajatoare. Examenele de sânge ne-au arătat, că această sulfamidă se absoarbă în mod satisfăcător la nivelul plăgii. Absorbţia este cu atât mai înceată, cu cât plaga este mai veche. In aceste cazuri de insuficienţă de resorbţie şi în cazurile grave se vor asocia şi injecţiile intramusculare şi intravenoase de sulfamidă, sau şi pe cale bucală. Mecanismul de acţiune al sulfamidelor se explică prin puterea lor bacteriostatică locală, care întârzie desvoltarea microbilor. In această perioadă plaga recentă are timp de a prepara imunitatea locală şi de a împiedica isbucnirea sau extinderea infecţiunii. Sulfamilamida (chemotherapeuticum) din punct de vedere chirurgical are o acţiune electivă asupra streptococului şi a perfringensului.

Experienţe cu chimioterapia locală prin mesudin-prontalbin. (Erfahrungen mit der örtlichen Chemoterapie durch Mesudin-Prontalbin) de *Erich Schneider* Dtsch. med. Wschr. 1941, Nr. 27, pag. 723—726.

Autorul a făcut încercări de tratament prin chimioterapia locală în chirurgie cu preparatul: pudra de Mesudin-Prontalbin. Aplicarea acestui preparat în tratamentul local nu modifică întru nimic conduita chirurgicală de până acum. Un flegmon de exemplu va fi incizat după normele de până acum, apoi întreaga suprafaţă a plăgii va fi presărată cu această pudră şi în caz de nevoie va fi tratată prin drenaj de gumă sau de tifon. La fiecare schimbare de pansament plagă va fi din nou pudrată cu acest preparat. In cazuri cu fistule adânci se poate introduce în plagă o feşe de tifon înmuiată în soluţie de această pudră sau pudrată meşa proaspăt. Empiemele articulare vor fi punctate şi introdus în loc soluţie de pudră. Rezultatele autorului, bazate pe 150 de bolnavi, sunt foarte favorabile. Nu se observă niciodată fenomene iritative locale. Caracteristicele chimioterapiei locale sunt: curăţirea rapidă a plăgii, puroi puţin, dispariţia rapidă a bacteriilor. Autorul ajunge la concluzia, că chimioterapia locală cu pudră de Mesudin-Prontalbin constitue de fapt un progres terapeutic.

Noi rezultate în prevenirea complicaţiunilor pulmonare postoperatorii. (Neue Rezultate bei der Verhütung postoperativer Lungenkomplikationen) de *Dr. G. Grama*. Wien, klin. Wschr. Nr. 26, 1941, pag 548/49.

In baza unei experienţe îndelungate din clinica chirurgicală Cluj-Sibiu autorul ajunge la conciuzia că pentru evitarea complicaţiilor pulmonare postoperatorii, procedeul mai bun este următorul. In primele 3 zile după operaţie se administrează la fiecare 4 ore câte o injecţie cu dilaudid, pentru a înlătura durerea din plagă. La aceleaşi intervale se dau injecţiuni cu lobelină pentru a excita centrul respirator. In ultimul timp metoda a fost modificată în sensul, că la aceste medicamente se adaugă supozitorii cu permucal, din care se dau 2 bucăţi pe zi în primele 3 zile după operaţie.

Dr. I. Gavrilă

*

GINECOLOGIE

Tratamentul sulfonamidat al blenoragiei la femei în raport cu sterilitatea. (Die sulfonamidbehandlung der gonorrhoischen Frau in ihrer Beziehung zur sterilität) de *Dr. G. Hürmann.* Deutsche Med. Wochenschr. 1941, Nr. 10 p. 260.

Importanţa blenoragiei la femei nu este numai prin boala propriu zisă, dar este mai ales prin sterilitatea la care poate da naştere. Autorul utilizează pentru tratamentul blenoragiei la femei ulironul şi albucidul cu rezultate imediate foarte bune. Autorul a controlat toate cazurile din punct de vedere al sterilităţii ce foarte des rămâne la femei după blenoragie, controlând permiabilitatea trompelor. El constată că un tratament sulfamidat aplicat precoce şi după toate normele acestei terapii nu numai că distruge complet gonococii, dar menţine şi posibilitatea de concepţiune a femeii, dacă procesul inflamator, n'a trccut mai departe de o salpingită incipientă. In cazurile unde s'a produs deja o inflamaţie intensă deja a trompelor, în aceste cazuri redobândirea fecondităţii este imposibilă. Deci se impune un tratament sulfamidat cât mai precoce al infecţiunilor gonococice la femei, de altfel ca şi în alte împrejurări, pentrucă prin acest tratament se obţine în mai mult de 90% a cazurilor o completă vindecare a infecţiunii.

Dr. I. Gavrilă

✶

DERMATOLOGIE

Despre forma nodulară de cow-pox la om şi tratamentul ei, cu preparate de sulfonamide. (Über knotenförmige Cow-pox beim Menschen und ihre Behandlung mit Sulfonamidpräparaten) de *Dr. Franz Demuth.* Dermatologische Wochenschrift Nr. 50—1940, pag. 1058.

Autorul relatează despre un caz, de Melkerknoten; la om această transmitere a cow-poxului e extrem de rară şi de aceea cazul e important şi prin raritatea lui.

Până în prezent nu dispuneam contra acestei infecţiuni de un tratument eficace, întrebuinţând tratamentul sulfamidat cu Dagénan, autorul a obţinut rezultate de o eficacitate promptă şi rapidă.

Alifia Ektebin în tratamentul tuberculozelor cutanate. (Ektebinsalbe bei der Behandlung von Hauttuberkulösen) de *Dr. Hans Lüsebrink.* Dermatologische Wochenschrift Nr. 36, 1940, pag. 766.

Autorul la sfârşitul lucrării, ajunge la concluzia că alifia Ektebin singură, nu e suficientă pentru a face un tratament energic în tuberculoza cutanată.

Pentru a obţine un tratament sigur, alifia Ektebin trebue combinată cu alte metode de tratament ale tuberculozei cutanate şi mai ales cu un tratament general roborant, care să stimuleze forţele de reacţiune ale organismului. Alifia Ektebin e mai ales adecvată în cazuri de recidive şi în cazuri de tuberculoză cutanată la copii, unde efectul e prompt.

Dr. Liviu Modran

✶

VENEROLOGIE

Despre terapie cu sulfonamide în şancrul moale şi complicaţiunile sale. (Zur Sulfonamid-Therapie des Ulcusmolle und seiner Komplikationen) de *Dr. Iohann Lang.* Dermatologische Wochenschrift. Nr. 36—1940, pag. 763.

Bazat pe 9 cazuri de şancru moale simplu, sau complicat cu fimoză, limfangită şi bubon, tratate cu preparatul paroaminobenzolsulfonacetylamid, pus în comerţ sub numele de Albucid de Casa Schering, autorul ajunge la următoarele concluzii:

De cele mai multe ori a reuşit cu un singur atac de 3×3 tablete timp de 7 zile să vindece atât şancrul moale cât şi complicaţiunile lui.

Intr'un singur caz a avut recidivă, dar şi atunci atacul cu Albucid n'a fost suficient, bolnavul nu primise decât 36 de tablete şi nu 63 cât se cer într'un atac complect de 7 zile.

In decursul tratamentului nu s'au observat nici un fel de accidente din cauza lui.

Prin acest tratament sulfamidat s'a reuşit să se scurteze mult evoluţia boalei şi să se înlăture tratamentul cu iodoform, atât de neplăcut bolnavilor.

Referitor la afirmaţiunile lui lärnecke, că prin tratamentul sulfamidat cu Uliron pot fi negativaţi purtătorii de streptobacili Ducrey, autorul din lipsa unor experienţe concludente personale nu se poate pronunţa deocamdată.

Cum se poate lămuri producerea cianozei în tratamentul cu sulfonamida? (Wie ist die Zyanosebildung bei Sulfonamidtherapie zu erklären?) de *J. Altmeyer.* Dermatologische Wochenschrift. Nr. 4—1941, pag. 65.

După cercetările spectroscopice făcute sângelui s'au constatat următoarele:

Sângele oamenilor normali, conţine chiar în mod fiziologic methemoglobină 1,7% din hemoglobina totală.

La bolnavii cari n'au prezentat cianoză în timpul tratamentului sulfamidat, methemoglobina a fost în medie de 3%.

Bolnavii, cari în timpul tratamentului sulfamidat au prezentat cianoză, au avut în medie 6,3% methemoglobină; maximul ce s'a găsit într'un caz a fost 9% methemoglobină. In două cazuri de cianoză s'a găsit în sânge sulfhemoglobină.

Din acestea rezultă că în cele mai multe cazuri de cianoză după tratamentul cu sulfonamide, ea rezultă datorită prezenţei methemoglobinei în sânge, numai în două cazuri sulfhemoglobina a fost în cauză.

Afară de aceste cianoze datorite met şi sulfhemoglobinei sunt şi altele cari sunt datorite unei vasoneuroze, respective vasotoxicoze.

Albastrul de metilen şi thionina sunt capabile să transforme methemoglobina din nou în hemoglobină, însă nu şi sulfhemoglobina.

Autorul la sfârşit mai relatează despre un caz de hemoragii feteşiale întinse după tratamentul cu Neouliron.

Dr. Liviu Modran

K. v. Neugaard (Zürich): **Apariţia şi tratamentul aşa numitelor neuroze vegetative.** (Zur Enstehung und Behandlung sogenannter vegetativer Neurosen). Fortschritte der Therapie 16 Jahr. Juni 1940 Heft 6.

Frecvenţa aeestor neuroze în practică, a necesitat un studiu cât mai amănunţit. Teoriile neurozelor vegetative sunt mult prea numeroase pentru a putea fi enumerate. Sensibilizarea pe care micile dar repetatele cantităţi de antigen le produc spre o reacţiune alergică sunt încriminate de autor în geneza şi declanşarea neurozelor vegetative.

Terapia va fi simptomatică şi imunbiologică. Privind neuroza vegetativă ca simptom secundar al alergiei provocată de toxicoza produsă de catar, vom utiliza seria antigripalelor până la antireumatice (acid acetil salicilic). Imunobiologia şi serologia îşi va găsi aci un vast domeniu de aplicare. Autorul recomandă de asemenea cura lui Kneipp (aplicări locale de apă rece), care va exercita o stimulare a vasomotricităţii. Curele climatice îşi au de asemenea indicaţiunea (muntemare) şi vor fi recomandate după individ şi felul său de reacţiune. Vom ordona vieaţă regulată, o dietă săracă în calorii şi bogată în calciu — desensibilizantă, — gimnastică în aer liber şi hidroterapie. Precizarea patogenezei

neurozelor vegetative, va aduce cu sine de sigur noi orientări în terapeutica acestora, care va tinde să fie etiologică şi va lua întotdeauna în considerare tipul, terenul şi echilibrul endocrin al individului.

Dr. Emil I. Bologa

Tratamentul pelagrei cu acid nicotinic. (Le traitement de la pellagre par l'acide nicotinique). P. Tomesco, I. Cosmulesco et C. Daniel. Bull. de la Soc. de Psych. de Bucarest. IV—V. Anneé T. IV. 1039—1940, pag. 43.

Autorii au aplicat în 26 cazuri de diferite forme de pelagră, acidul nicotinic per os şi parenteral în doze fracţionate, optimul dozei zilnice fiind între 500—750 mlgr. timp de 20—30 zile, cu rezultate foarte bune, acest tratament dovedindu-se superior faţă de cele de până acum. Astfel au constatat o ameliorare însemnată deja după 2—3 zile de tratament ale turburărilor digestive, ale turburărilor cutanate cât şi ale turburărilor psihice acute şi în special a agitaţiei confuzive depresive, pe când faţă de turburările cutanate obiective nu s'a arătat superior tratamentului clasic.

S'a pus chiar problema tratamentului preventiv a pelagrei din regiunile endemice, amestecând acidul nicotinic cu sarea, întocmai după cum se procedează cu iodul în regiunile cu guşă endemică.

Incercări de tratament a intoxicaţiei alcoolice acute şi cronice cu acid nicotinic. (Essais de traitement de l'intoxi cation alcooloque aiguë et cronique par l'acide nicotinique). P. Tomesco, I. Cosmulesco et C. Daniel. Bull. de la Soc. de Psich. de Bucarest. IV—V. Anneé. T. IV, 1939—1940. pag. 67.

Prin faptul că mulţi alcoolici cu un regim alimentar echilibrat, prezintă o serie de semne clinice neuro-psihice şi gastro-intestinale cât şi modificări biochimice (index cromic rezidual mărit) asemănătoare cu cele din pelagră, la care se adaugă şi unele leziuni anatomo-patologice identice, s'a pus problema tratamentului intoxicaţiei alcoolice cu acid nicotinic.

Autorii au aplicat pe o serie de 10 cazuri cu diferite turburări acute, subacute şi cronice ale intoxicaţiunii alcoolice, administrând în general 60—100 mlgr. acid nicotinic zilnic în doze fracţionate per os şi parenteral, din care cel puţin o treime se injectează intramuscular, timp de 8—15 zile şi au constatat ameliorarea şi vindecarea tuturor simptomelor cu mult mai repede decât cu tratamentul clasic. Astfel visele terifiante şi anxietatea dispar în 2—3 zile, tot aşa somnul revine, iar depresiunea şi apatia sunt înlocuite de o stare de euforie, dispare şi anorexia, durerile musculare cât şi sensibilitatea la alcool. Tensiunea arterială scade. Efectul vasocongestiv manifestat cu deosebire asupra jumătăţii superioare a trunchiului, care apare la 2—3 minute după injecţie şi având o durată de 10—15 minute nu constitue niciun neajuns, din contră favorizează euforia, astfel nu există nicio contraindicaţie faţă de acest tratament.

Dr. Duma Desideriu

Azomanul în terapeutica schizofreniei. (L'azoman dans la thérapeutique de la schizofrenie) de Dr. Hoven. — Journ. Belge de Neur et Psych. — Sept. 939, pg. 608.

Experimentând cu succes şi fără accidente pe 25 schizofrenici, autorul recomandă azomanul (triazolul), substanţă analeptică învecinate cu cardiazolul, — ca foarte eficace în tratamentul schizofreniei. Mai uşor acceptat de bolnavi decât cardiazolul, mai puţin sclerozant al venelor şi fără a produce sensaţia de angoază şi moarte iminentă ca acesta, azomanul injectat intravenos sau intramuscular provoacă crize epileptice. Azomanul se elimină foarte încet. Doza terapeutică este 1—1, 8 cc. din sol. apoasă de 5%.

Injecţiunea intravenoasă a unei doze adecuate de azoman declanşează imediat o criză. Injectat pe cale intramusculară provoacă criza numai după o perioadă de latentă de 10—15 minute. Dacă doza injectată pe cale intramusculară este mai mare, criza iniţială este urmată de încă una sau mai multe crize consecutive. Metoda s'a întrebuinţat şi combinată cu insuline.

In schizofreniile înaintate s'a întrebuinţat cu rezultate, declanşate prin injecţiunea intramusculară unică a unei doze suficiente de azoman.

Asupra a două cazuri de polinevrită anemică. (Sur deux cas de polynévrite anemique) de Prof. C. I. Urechia. — Journal Belge de Neur et de Psych. — Avril 1940.

Inregistrând numărul mic al cazurilor similare publicate şi manifestarea rară a sindromului neuro-anemic prin atingerea nervilor periferici, autorul expune două cazuri de polinevrită anemică, insistând amănunţit asupra manifestărilor clinice, a tratamentului făcut şi a bunelor rezultate obţinute

Internându-se în spital, plângându-se de amorţeli, parestezii, dureri şi slăbiciuni în membre însoţite de dificultatate în mers şi în mişcări, la examenul obiectiv cele două bolnave se prezintă palide, slăbite şi cu greutate mult scăzută (12 kgr. într'un caz). Reflexele osteo-tendinoase sunt diminuate (achilienele într'un caz) sau obolite (stilo-radialul şi cubito-pronatorul în al doilea caz). Tonusul muscular diminuat. Mişcările active limitate, cele pasive libere. Mersul dificil. Forţa dinamometrică scăzută. Sensibilitatea obiectivă diminuată sau chiar obolită (într'un caz). Toate turburările de sensibilitate au o dispoziţie periferică, de-a-lungul nervilor.

La ex. sângelui: Intr'un caz Nr. glob. roşii: 2.900 000; Hb. 70%, iar în al doilea caz Nr. glob. roşii: 1.625.000; Hb 41%. In formula leucocitară şi examenul globulelor, tabloul anemiei simple pentru ambele cazuri.

Tratamentul constând din opoterapie hepatică şi gastrică, arsenic, fer şi vitamina C, a adus la videcarea celor 2 bolnave dintre care una revăzută după un an a fost găsită în deplină sănătate.

Dr. Ioan Şerbu

*

OFTALMOLOGIE *)

Angio-scleroză coroidiană cu referinţă specială la caracterul său herechtad. (Choroidal angio-sclerosis with special reference to its hereditary character) de *A. Sorsby*. British journal of ophthalmology, 1940. XXIII. P. 433.

Autorul analizează 9 observaţiuni personale de scleroză coroidiană cu localizare centrală, peripapilară, antrală şi generalizată. Constată caracterul familial şi subliniază importanţa acestui fapt care a permis studierea afecţiunii în diferitele ei faze evolutive, dacă am urmări rudele bolnavului. Discută relaţiile cu retinita pigmentară, ce poate avea şi ia forme cu scleroză coroidiană considerabilă, coincidând cu leziuni retiniene relativ reduse şi de aceea a şi putut fi confundată cu scleroza coroidiană familială. Crede că această din urmă formă de scleroză coroidiană este o entitate clinică. Diferenţierea ei nu e uşor de făcut. Una din observaţiile relatate de autor ar putea fi tocmai un caz de retinită pigmentară cu localizări coroide. Scleroza coroidiană familială face parte din grupa degenerărilor hereditare sau abiotrofice.

A note on chronic irido-cyclitis. With Special Reference to the Sarcoidosis of Boeck. De *R. Kemp*. British journal of ophthalmology, 1940. XXIII. P. 455.

Studiu clinic a 25 cazuri urmărite de autor. El conchide că metodele actuale nu pot preciza originea etiologică a acestei iridocyclite cronice nespecifice şi că în majoritatea cazurilor sarcoidoza nu poate fi o cauză. Boala urmează cursul cronic progresiv, nu cedează la tratament şi din punct de vedere vizual prognosticul e

*) Cercul de referate al Clinicei Oftalmologice din Iaşi. Şedinţa din 14 Mai 1941.

rău. Autorul a grupat bolnavii în 3 clase: a) femei tinere (media 21 ani), b) femei mai în vârstă (media 50 ani), c) bărbaţi de vârstă mijlocie [media 38 ani).

Poate această clasificare să aibă o semnificaţie etiologică.

The intra-capsular extraction of cataract with forceps: is its use justifiable? De *R. Buxton*. British journal of ophthalmology, 1939. XXXIII. P. 505.

Studiu bazat pe experienţă proprie (1556 cazuri cu extracţii dintre care 2/3 intra-capsulare). şi pe studiul literaturii. Până acum indicaţiile şi valoarea relativă a celor 2 tipuri de operaţie decataractă nu sunt bine delimitate. In general rezultatele operaţiei clasice sunt atât de bune, încât e îndoelnic că ea va fi înlocuită, cu operaţia intracapsulară chiar în cazuri selecţionale. Pentru operaţia intracapsulară trebue alese cu atenţie particulară cazurile în ceea ce priveşte felul cataractei vârsta pacientului, lipsa de complicaţii locale sau generale. Pacienţii cei mai potriviţi sunt cei cu cataracta senilă nematură, care colaborează bine cu medicul, nu au complicaţii şi sunt în vârstă de 55—70 ani.

In regiunile unde împrejurările defavorabile măresc riscurile operatorii, (India), operaţia intracapsulară pare uneori preferabilă. Se dau apoi detaliile tehnice ce trebue urmate în cursul operaţiei.

De l'extraction totale (intracapsulaire) de la cataracte. *G. F. Cosmettatos*. Annales d'oculistique. II. 1939, pag. 127. Autorul dă o statistică de 585 cazuri operate de cataractă (senilă simplă complicată, congenitală şi traumatică), tehnica operaţiei, complicaţiile post-operatorii şi conclude: că această extracţie totală nu e posibilă în cataracte nemature şi supramature, dar perfect executabilă în cele complect mature. In operaţie întrebuinţează o pensă ca cea a lui Kalt sau Arruga, iridectomia periferică e preferată, în urmă făcându-se sutura lamboului conjunctival. Complicaţiile ar fi minime: (inclavări, de iris, irite, iridocyclite, şi panoftalmii). Procentul lor însă e mult redus faţă de extracţia extracapsulară. Rezultatele optice fiind f. bune nu ezită să continue această metodă operatorie.

Les granulations miliares en semis d'iris. De *Paul Bonnet et Ch El. Ani*. Archives d'ophtalmologie. 3, 1939, pag. 193.

Autorii au găsit incidental la examenul biomicroscopic al polului anterior al ochiului, mici granulaţiuni pe toată suprafaţa irisului exceptând zonele periferice. Ele nu sunt întovărăşite de reacţiuni inflamatorii, iar la lampa de quarz apar ca mici perle gris înserate pe stroma irisului ale cărui fibre formează imagini stelare, care fac să fie uşor confundate cu granulaţiile lui Kruckmann, sau cu nodulii anatomici ai stromei. De asemeni se găsesc plutind în pigment şi pot fi însoţite de granulaţii similare coroidiene mai ales în zona maculei. După autori, aceste formaţii ar fi o manifestare insidioasă a unei irido-cyclite. Fiind întâlnite în 3 rânduri întovărăşind diferite afecţiuni tbc. S'a pus întrebarea dacă aceste granulaţiuni n'ar fi elemente de granulie generalizată sau formaţiuni alergice tbc. (Genet). Găsite şi cercetate într'o iridocyclită foarte insidioasă şi în două cazuri de syfilis hereditar la ochi, au fost diferenţiate net de granulaţiile tbc. Secretul histologiei şi etiologiei acestor granulaţii semănate pe iris, rămâne a fi elucidat.

Deslipirea post-operatorie a choroidei după extracţia totală a cataractei. De *Paul Bonnet et E. Grandélement*. (Le décollement post-operatoire de la choroide après extraction totale de la cataracte). Archives d'ophtalmologie. I. 1939, pag. 2.

Până la 1900 decolarea post-operatorie a choroidei era o complicaţiune a operaţiilor antiglaucomatoase. Fuchs a dovedit că ea se produce şi după operaţiile de cataractă. Autorii publică 6 cazuri de decolare a choroidei după extracţia totală a cristalinului. Pe 1400 cazuri operaţii de cataractă, autorii găsesc 6 decolări choroidiene, 1/200. Ei cred însă că o parte din cazuri scapă observaţiilor. Toţi cei 6 erau oameni între 62—80 ani. Fuchs crede că rigiditatea capsului sclerale ar avea un rol însemnat în patogenia decolării, alături de scoborîrea bruscă a tensiunei oculare. Diabetul, rezistenţa zonulei şi condiţiile stării generale pot fi cauze favorizate pentru decolarea choroidiană.

După cercetările lui Fuchs, decolarea apare după 2—8 zile dela operaţie, traducându-se prin hipotonie, scăderea acuităţii vizuale şi ştergerea camerii anterioare. Prin oftalmoscopie se va descoperi înaintea ecuatorului o ieşitură emisferică sau bilobată, de coloraţie cenuşie sau brună.

Transiluminarea lui Hagen este metoda cea mai sigură de examen. Acele emisfere choroidiene, încep să se turtească şi după 2—3 săptămâni dispar, rămânând numai o pată cenuşie pe retină. Tonusul ocular se normalizează, camera anterioară se reface, câmpul şi acuitea vizuală se ridică.

In ceea ce priveşte patogenia deslipirei de choroidă, Fuchs pune mare bază pe ştergerea camerii anterioare, care se reduce din pricină că umoarea apoasă s'ar filtra prin spaţiul supra-choroidian. Părăseşte această părere, pentru a ajunge la teoria transudaţiei choroidei, care se produce în momentul deschiderei globului ocular. Atunci se face un vid între choroidă şi capsula scleroasă, rigidă, făcându-se transudaţiunea serului, înafară de vasele choroidei prin aspiraţiune, în spaţiul supra-choroidian.

Secretar: *N. Covali*

Note şi informaţiuni

Prin Decizia Ministerului Sănătăţii Nr. 32.522 din 8 Iulie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 163 din 12 Iulie 1941, se numeşte şi confirmă pe timp de 4 ani în compunerea consiliului de igienă şi ocrotire Socială al Municipiului Arad următorii membrii:

1. D-l Dr. Ioan Pescariu medic primar, director de spital.

2. D-l Dr. Teşici Svetolic, medic venerolog.

In Monitorul Oficial Nr. 163 din 12 Iulie 1941, s'au publicat „Instrucţiuni pentru chemarea tineretului la munca de folos Obştesc".

Prin decizia Ministerului Apărării Naţionale Nr. 842 din 29 Iulie 1941, pubicată în Monitorul Oficial Nr. 154 din 2 Iulie 1941, se prevede că personalul auxiliar civil şi cel de serviciu rechiziţionat Z. I. dacă nu este compus din funcţionari de Stat, Judeţ, comună sau particulari, vor primi salariile şi drepturile anexe înscrise în Tabela de încadrare şi salarizare a personalului M. A. N. categoria fără gradaţii.

Numirile pentru personalul ce va fi nevoie să fie angajat în limita prevederilor Tabelelor de încadrare se face de către Şefii Spitalelor prin ordin de zi pentru durata războiului şi mobilizării.

Acest personal va putea fi desărcinat de serviciu prin ordin de zi al şefului spitalului!

D-nele infirmiere aparţinând Societăţii Naţionale de Cruce Roşie vor avea drept la hrană tip ofiţeresc în contul Ministerului Apărării Naţionale pe timpul cât vor presta serviciul care se va stabili tot prin ordin de zi al şefului spitalului.

Plata acestor drepturi se va face din creditul extraordinar special, prevăzut în decretul-lege Nr. 563 din 21 Iunie 1941.

In Monitorul Oficial Nr. 166 din 16 Iulie 1941, prin Decretul Nr. 1971 D-l *Dr. Popa Rubin,* medic şef de laborator la Institutul pt. Studiul şi Profilaxia Cancerului din Sibiu se încadrează definitiv ca medic şef de laborator (subdirector) conform prevederilor bugetare pe exerciţiul 1941/42.

D-l *Dr. Victor Pogorelţ,* medic de circ. rurală se numeşte definitiv în postul vacant de subdirector cl. II (medic) la Dir. Igienei Sociale.

D-l *Dr. Cupcea Petre Salvator* se numeşte definitiv în conformitate cu dispoziţiile art. 35 din legea sanitară, art. 6 din legea pt. organizarea Institutului de Seruri şi Vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino" şi art. 24 din Regulamentul pentru organizarea Institutelor de Igienă şi Sănătate Publică, în post de şef de secţie la Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Sibiu.

D-na *Dr. Constantina Alimăneşteanu Adam* se numeşte definitiv în conformitate cu dispoziţiile art. 35 din legea sanitară, art. 6 din legea pentru organizarea Institutului „Dr. I. Cantacuzino" şi art. 24 din regulamentul pentru organizarea Institutelor de Igienă în postul de asistent la Institutul de Igienă şi Sănătate Publică Sibiu.

D-l *Dr. Luştrea Vasile* se numeşte definitiv, conform dispoziţiunilor art. 35 din legea sanitară art. 6 din legea pt. organizarea Institutului „Prof. Dr. I. Cantacuzino" şi art. 24 din regulamentul pentru organizarea Institutelor de Igienă şi Sănătate Publică în postul de asistent la Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Sibiu.

D-l *Dr. Nicolae Maier* se numeşte definitiv conform dispoziţiilor art. 35 din legea sanitară art. 6 din legea pentru organizarea Institutului „Prof. Dr. I. Cantacuzino" şi art. 24 din regulamentul pentru organizarea Institutelor de Igienă şi Sănătate Publică în postul de asistent la Institutul de Igienă şi Sănătate Publică Sibiu.

D-l *Dr. Cornel Crişan* se numeşte definitiv asistent de laborator la Institutul de Profilaxia Cancerului din Sibiu în conformitate cu art. 16 din regulamentul pentru organizarea şi funcţionarea acelui Institut publicat în Monitorul Oficial Nr. 146 din 24 Iunie 1932.

D-l *Dr. Nicolae Comşa* şef de serviciu cl. I (medic) la Inspectoratul General Sanitar Sibiu se încadrează definitiv ca Subdirector cl. II (medic) la acel Inspectorat General Sanitar, aşa cum i s'a prevăzut postul prin bugetul pe exerciţiul 1941/1942.

D-l *Dr. Virgil Galea,* chimist cl. I la Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Sibiu se încadrează chimist şef cl. III la acel Institut aşa cum i s'a prevăzut postul prin bugetul 1941/1942.

D-l *Dr. Ardeleanu Ilie,* asistent bacteriolog la Laboratorul de Igienă fost la Cluj actualmente la Sighişoara, se transferă şi se încadrează definitiv în postul de şef de laborator al Institutului de Igienă şi Sănătate Publică din Sibiu, în conformitate cu dispoziţiunile art. 35 din legea sanitară şi de ocrotire art. 6 din legea de organizare a Institutului de seruri şi vaccinuri „Prof. Dr. I. Cantacuzino" şi art. 24 din regulamentul pentru organizarea Institutelor de Igienă şi Sănătate Publică.

D-l *Dr. Titu Turcu,* medic şef al laboratorului de Igienă fost la Cluj, actualmente la Sighişoara se transferă şi se încadrează definitiv în postul de şef de secţie la Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Sibiu în conformitate cu dispoziţiunile art. 35 din legea sanitară şi de ocrotire, art. 6 din legea de organizare a Institutului de seruri şi vaccinuri „Prof. Dr. I. Cantacuzino", art. 24 din regulamentul pentru organizarea Institutelor de Igienă şi Sănătate Publică.

In Monitorul Oficial Nr. 157 din 5 Iulie 1941, s'a publicat decizia privitoare la mobilizarea studenţilor în medicină la Spitalele din reşedinţa Judeţelor.

In Monitorul Oficial 159 din 8 Iulie 1941, s'a publicat concurs pentru ocuparea postului de medic primar (serv. mixt) la spitalul I. Dalles din comuna Bucşani jud. Dâmboviţa.

In Monitorul Oficial 166 din 16 Iulie 1941, prin decizia Ministerială 34.057 din 12 Iunie 1941, se numesc şi confirmă pe timp de 4 ani în compunerea consiliului de igienă şi ocrotire socială al judeţului Severin.

D-l Dr. Vasile Ilea în calitate de medic primar director al spitalului în locul D-lui Dr. G. Iamandi.

In Monitorul Oficial Nr. 167 din 17 Iulie 1941, s'a publicat legea Nr. 663 pentru modificarea unor dispoziţiuni din legea 337 din 1941, pentru înfiinţarea şi organizarea Consiliului de Patronaj al Operelor Soc.

In Monitorul Oficial Nr. 167 din 17 Iulie 1941, s'au publicat normele pentru rezolvarea petiţiilor adresate Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

In Monitorul Oficial Nr. 167 din 17 Iulie 1941, s'a publicat vacant postul de medic primar al secţiei medicale a spitalului „Elisabeta Doamna" din Galaţi.

In Monitorul Oficial Nr. 165 din 15 Iulie 1941, s'a publicat Jurnalul Consiliului de Miniştri privitor la rechiziţionarea de imobile, apartamente sau camere pt. Cazarea Autorităţilor şi funcţionarilor în Basarabia şi Bucovina.

Prin decizia Ministerului Apărării Naţionale Nr. 1067 din 11 Iulie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 165 din 15 Iulie 1941, s'a prevăzut cu începere dela 11 Iulie 1941, alocaţia de hrană pentru oamenii de trupă şi subofiţerii bolnavi şi răniţi în spitalele militare şi militarizate Z. I. de 50 lei de om pe zi.

Plata acestor drepturi se va face din creditul extraordinar special prevăzut de decretul-lege Nr. 563 din 21 Iunie 1941.

Inscrierile pe anul I la Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu. *Comunicat.* Inscrierea în anul I la Facultatea de Medicină Cluj, cu sediul la Sibiu, se face în următoarele condiţiuni:

Candidaţii înscrişi vor fi supuşi la concurs.

Concursul se va ţine între 10—20 Octomvrie 1941.

Candidaţii nu vor fi admişi la concurs decât în urma unui examen medical care poate fi eliminatoriu.

Vor fi două probe: una scrisă şi una orală.

Proba scrisă se va da din materiile prevăzute în programa analitică a cursului superior de liceu şi anume: ştiinţele fizico-chimice şi biologice (zoologie, botanică, anatomia şi fiziologia umană, biologie generală).

Proba orală se va da din aceleaşi materii.

Proba scrisă este eliminatorie, candidatul fiind obligat să obţină la această probă cel puţin 6.

Media generală de admisibilitate este 6, iar înscrierea se face în ordinea clasificării până la limita numărului fixat de Facultate.

Se percepe dela fiecare candidat o taxă de examen de 100 Lei, refugiaţii sunt scutiţi de taxă.

Pentru a fi înscris la examenul de admitere, candidatul este obligat a depune la Secretariat următoarele acte originale: 1. Diplomă de bacalaureat. 2. Extrasul de naştere. 3. Certificat de naţionalitate. 4. Consimţământul părinţilor pentru înscriere la medicină sau al tutorilor în cazul când studentul este minor, precum şi adresa părinţilor (consimţământul va fi legalizat de notar public sau de organele judecătoreşti în drept). 5. Certificat medical, eliberat de dispensarul studenţesc de pe lângă Clinica Medicală II Sibiu. 6. Certificat privitor la situaţia militară sau premilitară. 7. O dovadă dela autoritatea, instituţia, firma sau particulari (certificată de o autoritate administrativă) că s'a prestat în vara 1941 un serviciu de folosinţă obştească, stagii de activitate practică, muncile câmpului. 8 O dovadă cum că s'a conformat ordinului Ministerului Culturii Naţionale Nr. 117.130/1941 referitor la anunţarea adresei la Circumscripţia poliţienească sau la postul de jandarmi în sectorul cărora locuesc în vacanţă.

Candidaţii care vor solicita burse, după admitere, vor prezenta pe lângă situaţia şcolară şi un certificat de avere şi venituri (formularele se găsesc la Intendentul Universităţii) din care să rezulte situaţia materială a părinţilor (avere mobilă, imobilă, salarii, etc.).

Domnii candidaţi sunt invitaţi a-şi procura câte o copie legalizată (notar public sau autorităţi judecătoreşti în drept) de pe actele originale depuse la înscriere, deoarece actele odată depuse nu se mai eliberează decât odată cu terminarea şcolarităţii.

Decan: Prof. **Dr. Victor Papilian**

Secretar: **Octavian Stepan**

Noui doctori în Medicină. La Facultatea de Medicină din Cluj cu sediul la Sibiu dela data de 1 Noemvrie 1940 până la 16 Iunie 1941 s'au promovat următorii doctori în Medicină şi Chirurgie: 1. Antonescu Mazilu Florica. 2. Câmpian Elvira. 3. Danieleanu Elena. 4. Drăghici Elena. 5. Eskenassy Ivonne. 6. Florian Margareta. 7. Dumitrescu Elena. 8. Gabany Maria. 9. Georgescu Maria. 10. Gheorghiu Maria. 11. Ionescu Adriana. 12. Jur Rozalia. 13. Kemileva Raina. 14. Lazăr Octavia. 15. Mitrea Maria. 16. Nicolau Aurora. 17. Oelze Octavia. 18 Păunescu Jeana. 19. Puşcariu Ileana. 20. Seva Felicia. 21. Sandru Laura. 22. Stanca Cornelia. 23. Stănescu Silvia. 24. Ştefănescu Angela. 25. Zaharescu Maria. 26. Zăravska Eugenia. 27. Angelescu Grigore. 28. Borcuteanu Augustin. 29. Braşoveanu Nicolae. 30. Busulenga Gheorghe. 31. Cercavschi Repta Adrian. 32. Chiorean Tiberiu. 33. Ciortin Ovidiu. 34. Coja Ioan. 35. Cornblum Froim. 36. Costa Ioan. 37. Cotlenschi Mihail. 38. Debău Mircea. 39. Dumitriu Vasile 40. Finkelstein Alexandru. 41. Foartă Nicolae. 42. Galea Gheorghe. 43. Ghenes Ioan. 44. Halmaghi Emil. 45. Huniadi Ioan. 46. Iacob Alfons. 47. Ionescu Dumitru. 48 Kampf Ferdinand. 49. Lefterescu Constantin. 50. Leibovici Leonard. 51. Lucănescu Mircea. 52. Marcu Liviu. 53. Mazilu Nicolae. 54. Mendelsohn Herman. 55. Meret Octavian. 56. Micu Ioan. 57. Mihai Constantin. 58. Moisescu Traian. 59. Moldovan Gheorghe. 60. Neumann Emanoil. 61. Pârvescu Ghiţă Richard 62. Păunescu Valeriu. 63. Popescu Ştefan. 64. Perian Sorin. 65. Petre C. Paul. 66. Petri Mircea. 67. Petrovici Petre.

68. Petrovici Gheorghe. 69. Reindl Nicolae. 70. Schreiner Andrei. 71. Stănescu Paul. 72. Ştefănescu Cătălin. 73. Ştefănescu Emil. 74. Stein David. 75. Şurariu Mircea. 76. Tache Costache. 77. Tomescu Gheorghe. 78. Tomescu Virgil. 79. Traian Valer. 80. Vischegg Vilhelm. 81. Vlăduţiu Tertulian. 82. Voicu Laurenţiu. 83. Voisian Remus. 84. Weber Pius.

Aviz. Se aduce la cunoştinţă D-lor Studenţi înscrişi şi mobilizaţi la stagiu de spital în Sibiu, că în conformitate cu dispoziţiunile telefonice a D-lui Secretar General a Ministerului Sănătăţii, că D-nii studenţi în medicină repartizaţi pentru stagiile de vară la spital vor fi reţinuţi pentru serviciu numai aceia care au locuinţă şi masă asigurată din mijloacele lor proprii, iar restul studenţilor vor pleca la domiciliul lor, lăsând adresa lor exactă la Spitalul unde sunt repartizaţi, pentru ca în caz de lipsă să poată fi rechemaţi telegrafic.

Studenţii refugiaţi care nu vor putea pleca la domiciliul lor, Spitalul se va îngriji atât pentru casa cât şi pentru masa lor.

Studenţii refugiaţi fără posibilitate de întreţinere (masă-casă) sunt invitaţi a trece de urgenţă la D-l Secretar al Decanatului.

Decanatul

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacţie

Wiener Klinische Wochenschrift. Nr. 24 vom 13 Juni 1941.

Die derzeitige Therapie der Nierensteine: K. Haslinger.

Das Herz in den Frühstadien der Syphilis: H Bartsch und E. Lewicki.

Ungesättigte Verbindungen und Krebs: H. Truttwin.

Die Diagnose der Binnenverletzungen des Kniegelenkes: K. Krömer.

Nr. 25. vom 20. Juni, 1941.

Impfergebnis an farbigen Kriegsgefangenen: M. Kaiser.

Bericht über die Wirkungsweise des neuen Fiebermittels Bactifebrin, an Nervenkranken: L. Beichl.

Mangelerscheinungen der Eierstocktätigkeit und ihre Behandlung: L. Kraul.

Nr. 26. vom 27. Juni, 1941.

Die Vorschriften des Reichstierschutzgesetzes über Versuchen an lebenden Tieren: C. L. P. Trüb.

Neue Resultate bei der Verhütung postoperativer Lungenkomplikationen: Gh. Grama.

Beitrag zur Behandlung der Pneumokokkenmeningitis: R. Singer.

Schwangerschaftsnephropathie und ihre Behandlung: E Navratil.

Jahresbericht über die Medizinische Bibliothek, „Billrothhaus" 1940. A. Irtl.

Nr. 27. vom 4. Juli. 1941.

Probleme der Behandlung rheumatischen Herzerkrankungen: H Siedek.

Auffallender Erfolg mit Prontosil rubrum bei Aktinomykose und Tuberkulose der Lunge: E. Stangl.

Schirmbildphotographie und betriebsärztliche Tätigkeit: A Tillich.

Hohe Vorderseitenstrangdurchschneidung bei einem Tumor des Plexus brachialis: M. Schöpe und I. Hofbauer.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 24. den 13. Juni, 1941.

Die tuberkulöse Spitzenbronchitis, eine wenig beachtete Form der Spitzentuberkulose: Kremer.

Röntgenologische Beobachtungen über die Lokalisation der Metastasen maligner Hodentumoren: Beutel.

Die perorale Cholezystographie mit Biliselectan: Rittweger.

Rolleund Bedeutung der Röntgenologie im Rahmen einer einheitlichen Organdiagnostik: Kaufmann.

Über die Säurewerte des Magensaftes von Soldaten: Püschel.

Gewerbesteuer und Röntgeninstitute: Martin.

Gemeinschaftlicher Betrieb einer Krankenanstalt bei der Gewerbesteuer: Wuth.

Nr. 25. vom 20. Juni, 1941.

Störungen in der Harmonie der Fettverteilung: Hoff.

Das Diphtherieheilserum: Bessau

Über die galletreibende Wirkung eines syntetische gewonnenen Bestandteiles der Kurkuma: Siebert.

Die Bedeutung der Liquordiagnostik für die Nourologie: Scheid.

Behandlung der Pericarditis calculosa vom Standpunkt des Chirurgen aus: Westermann.

Ein Beitrag zum Imunitätsproblem.

Die Sozialversicherungpficht der bei Aerzten beschäftigten Aushilfskräfte: Barth.

Nr. 26. vom 27. Juni, 1941.

Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Fussleiden: Eckhardt.

Störungen in der Harmonie der Fettverteilung: Hoff.

Die Behandlung der Hyperthyreose mit Fluortyrosin: V. Hodenberg.

Das Diphterieheilserum (Schluss): Bessau.

Fussbewölbestützung durch Stauchung: Fischer.

Erfahrungen mit der Chininprophylaxe der Grippe: Wiese.

Ein Fall von Fleckfieber ohne Exanthem, mit leichtem Ablauf: Ferenczi.

Erfahrungen mit dem Rothschen Apparat zur direkten Blutübertragung: Piechl.

Nr. 26. vom 4. Juli, 1941.

Erfahrungen mit der örtlichen Chemotherapie durch Mesud n-Prontalbin: Schneider.

Klinische Beobachtungen über die Pellagra und ihre Behandlung mit Nikotinsäureamid : Schroeder.

Zur Diagnostik und Therapie der chronichen Arsenvergiftung: Hamori.

Anatomische Befunde bei tödlich verlaufenen Infektionen mit Paratyphus-Breslau-Bazillen: Meessen u. Merkel.

Aufgaben und Probleme der Kinderpsychiatrie.

Über klinische Erfahrungen mit Depousulin: Schwab.

Tinctura Belladonae bei Magendarmkrakheiten: Weiss.

Die Steuerbescheide kommen! welche Rechtsmittel sind gegeben?: Martin.

Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung. Nr. 12. vom 15. Juni, 1941.

Plastische Chirurgie in Kriegszeiten: Prof. Dr. G Sanvenero-Rosselli.

Die Therapie der Brucellen-Infektion (Malta-Fieber, Abortus Bang): Prof. Giovanni di Guglielmo.

Der Abszess des Zungengrundes, seine Pathogenese, Diagnose und Therapie: Doz. Dr. med. habil. Heinz Bayer.

Neue Indikationsgebiete der Vitamingruppe D : Dr. Eugen Bárczi.

Krieg und Bevölkerungspolitik: Prof. H. Boehm.

Nr. 13. vom 1. Juni, 1941.

Über den Vitaminstoffwechsel in der Schwangerschaft und im Wochenbett: Doz. Dr. med habil. A. Hildebrandt

Entstehung und Behandlung der akuten Durchfallsstörungen im Säuglingsalter: Oberarzt Dr. Wolfgang Uhse.

Wie lange soll man Sonnenbaden?: Dr. Harald Kunze.

Zur Kenntnis wichtiger einheimischer Arzneipflanzen.: Dr. Hans Braun.

Blutstilling und Blutgerinnung: Prof. Werner Schultz.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift Nr. 24. vom 14. Juni, 1941.

Ein Beitrag zur Kenntnis der sogenannten idiopathischen Choledochuszyste: J. Bangerter.

La chimiotherapie des plaies par le Chemotherapeuticum 4029—9. Hoffman La-Roche (sulfanilamide) Par A. Jentzer et R. Madjzoub.

Erfahrungen mit Cibazol in der Kinderheilkunde: W. Trachsler.

Röntgenologische Dünndarmbefunde bei Sprue.: H. W. Hotz und W. G. Deucher.

Cholinesterase und Mono-Aminoxydase im zentralen Nervensystem: Hans Birkhäuser.

Nr. 25. vom 21. Juni, 1941.

Über Veränderungen der Gehörknöchelchenkette bei Otosklerose: F. Nager.

Über das Plasmozytom der Schleimhaut der oberen Luft-und Speisewege: Karl M. Menzel.

Untersuchungen zur Frage der C-Hypervitaminose: M. Loewenthal.

Recherches experimentales sur l'influence des rayons sur la production ou accumulation de bile et de glycogene dans la cellule hepatique: E. Fischel.

Wir das Auftreten einer Immunität durch Sulfamidtherapie beeinflusst? T. Gordonoff und O. Mündel.

Die Diagnose der Trichomonaden-Kolpitis in der Praxis: L. Merlin.

Über die Behandlung subakuter und chronischer gelenkrheumatischer Erkrankungen mit Bienengift: A. Attinger.

Nr. 26 vom 28. Juni, 1941.

Über die Therapie mit weiblichen Sexualhormonen. Erfahrungen und Schlussfolgerungen für die Praxis: R. Wenner.

Versuche über die Anhängigkeit der Toxizität verschiedener Sulfanilamidderivate auf die Erythrozyten (Innenkörperanämien) von ihrer chmischen Struktur: von Sven Moeschlin.

Zur Kenntnis der sogenannten Ileitis terminalis: Paul Buxtorf.

Über das Plasmocytom der Schleimhaut der oberen Luft-und Speisewege: Karl M. Menzel.

Über die medizinische Bedeutung neuerer Entwicklungen der Strahlenphisik und Technik: J. H. Müller.

Die Medizinische Welt. Nr. 23. vom 7. Juni, 1941.

Über die Beurteilung der Nierenfunktion in der Praxis: Prof. Dr. W Nonnenbruch.

Zur Behandlung der Meningitis epidemica (Schluss): Prof. Dr. R. Mark.

Commotio und Contusio cerebri: Doz. Dr. F. Jaeger.

Über gehäufte Myocardschäden bei der diesjährigen Grippe: Prof. Dr. F. Klewitz.

Zur Therapie des spätexsudativen Ekzematoids: Dr. F. Buckreus.

Unfall und Tuberkulose: Dr. O. Boden.

Nr. 24. vom 24 Juni, 1941.

Beziehungen zwischen Auge und inneren Erkrankungen (I): Prof. Dr. R. Braun.

Pharmakologie und Methodik der Mandelsäurebehandlung von Coliinfektionen der Harnwege: Dr. C. Scholten.

Herabminderung der Emboliegefahr durch elastische Klebekompressionsverbände: Dr. W. Leun.

Der paralytische Anfall: Dr. H. Goldeck.

Nr. 25. von 21 Juni, 1941.

Beziehungen zwischen Auge und inneren Erkrankungen (Schluss): Prof. Dr. R. Braun.

Über die phisikalisch-diätetische Behandlung der Tuberkulose: Dr. G. Schröder.

Typhus, Ruhr und Appedicitis im Verhältnis zur Tuberkulose: Oberreg. u. Obermed. Rat Dr. F. Ickert.

Pruritis als charakteristisches Symptom der Lymphogranulomatose: Dr. H. P. Bott.

Über Röntgen-Allgemeinschädigungen : Dr. T. Schatter.

Verweigerung ärztlicher Hilfeleistung: Oberlandesgerichtsrat i. R. Dr. M. Schläger.

Nr. 26. vom 28. Juni, 1941.

Die Vitamine C und K und ihr Einfluss auf haemorrhagische Diathesen: Dr. L. Birkhofer u. Dr. H. J. Bielig.

Die sogenannte Paradentose: Prof. Dr. H. H. Rebel.

Über die Behandlung von Röntgen-und gesundheitlich gleichen Hautschäden: Prof. Dr. D. Luhlenkampff.

Das Drama von San-Remo: Prof. Dr. F. Lejeane.

Züchtigungsrecht des Arztes?: Staatanwalt Dr. W. Becker.

Hippokrates Nr. 20. vom 15. Mai, 1941.

Der Wundstarrkrampf im Krieg und im Frieden und seine Behandlung mit Avertin: Hetzar.

Die medicamentöse Beeinflussung der Malaria: Peter.

Nr. 25. vom 19. Juni, 1941.

Ziele und Wege des Heilsports: Zur Verth.

Reaktionserscheinungen bei Naturheilbehandlung: Zimball.

Wie muss sich der Arzt zur Frage der Scheidenspülung stellen?: Jaeger.

Nr. 26. vom 26. Juni, 1941.

Zur Gesundheitspolotik im Krankenhaus: Kőtschau.

Zur Prognose der Eklampsie: Ruhl.

Das Schnarchen: Kersting.

Die Bedeutung der Zahnprothese als Hilfsmittel oder als schädigender Faktor: Schmitt.

Gymnastik als neuzeitliches Heil-und Erzehungsmittel.: Müller.

Der Landarzt. Nr. 23. vom 4. Juni, 1941.

Vorzüge und Kurerfolge des feuchtwarmen Klimas und der alkalischmuriatischen Heilquellen bei katarrhalischen Erkrankungen der Atmungsorgane: Dr. Johann v. Szaboky.

Wie wir die Bruchstelle gebrochener Knochen für Beförderung u. Behandlung am sichersten ruhiggestellt?: Geh. San. Rat Dr. Poelchen.

Nr. 25 vom 18. Juni, 1941.

Sinn Werk und Methode der Grundumsatzbestimmung: Hans Lipp.

Nr. 26. vom 25. Juni, 1941.

Erfolgreiche Vitamin C-Therapie: Willy Weitzel.

CHLORO-CALCION

Laboratoires MICHELS – 4bis, rue du Colonel Moll, PARIS.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR CaCl²

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT

ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚI-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3

Redacționale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 6 pagini de revistă. Costul tiparului peste 8 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelor privește pe autori.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 400. Pentru autorități 600 Lei. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Casierul Revistei este d-l Dr. O. Fodor.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

1 pagină odată 3.000, 3 ori 8.000, 6 ori 15.000, 12 ori 25.000 Lei
1/2 „ „ 2.000, „ 5.000, „ 8.000, „ 15.000 „

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.
Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.
Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

PARAZITOZE
SPIRILOZE

Stovarsol

ACID OXIACETILAMINOFENILARSINIC

AMIBIAZĂ CRONICĂ

ENTEROCOLITĂ POST-DISENTERICĂ

LAMBLIAZĂ

SIFILIS PIAN

FEBRE RECURENTE

ULCER FAGEDENIC

ODETTE ZEAU

MEDICAŢIE EUTROFICĂ REGLOBULIZANTĂ

Comprimate dozate la
0 gr. 01 - 0 gr. 05 - 0 gr. 25

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

Propaganda Medicală: „Specia", Strada Anastasie Simu 6 — Bucureşti

Anul I. Nr. 8. August 1941.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu Inspectoratului General Sanitar Sibiu şi al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:
Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacţie:
Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACŢIE:
Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Haţieganu, Dr. L. Ionaşiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiţia, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof. Dr. E. Ţeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj—Sibiu, str. Haller Nr. 1
Telefon 45

SUMARUL:

Articole ştiinţifice:

Prof. Dr. D. Michail şi Dr. I. Păcurariu: Cercetări asupra miozitelor perioculare experimentale cu BCG . . . . . Pag. 253

Prof. Dr. Cristea Grigoriu şi Dr. Petrescu Iancu: Hormonul folicular şi malaria . „ 265

Dr. Duma Desideriu: Meningo-mielită post vaccinală antirabică cu reacţia Wassermann pozitivă în lichidul cefalo-rachidian . . . . . „ 266

Probleme terapeutice:

Conf. Dr. I. Gavrilă: Sulfamidoterapia locală şi importanţa ei pentru plăgile de război . „ 269

Probleme sanitare şi de ocrotire:

Dr. Ion Frăţilă: Vlaga satului Văcăreni . . . . . „ 271

Probleme sociale:

Dr. Liviu Modran: Leprozeria din Tichileşti . . . . . „ 274

Societăţi medicale:

Societatea Română de Dermatologie şi Sifiligrafie — Secţia Cluj . . . . . „ 280

Revista cărţilor . . . . . „ 282

Douăzeci de ani de activitate românească la Clinica medicală I din Cluj. — Eroii medicinei româneşti de *George D. Vintilă.* — Psihologia persoanei de *Nicolae Mărgineanu.* — Copiii superior înzestraţi de *Alexandru Roşca.* — Vieaţa şi opera învăţatului şi filosofului Claude-Bernard de *Odiseu Apostol.* — Introducere în corelaţiile dintre constituţie şi tuberculoză (Konstitutionsschule, Einführung in die Zusammenhaenge zwischen Tuberkulose und Konstitution) de *Prof. Dr. Kurt Klare.* — Ce trebue să ştie medicul practician asupra vitaminelor (Was der praktische Arzt über Vitamine wissen soll) de *Dr. Karl Recknagel.* — Terapeutica sulfamidă (Therapeutique sulfamidée) de *Dr. P. Durel.* — Persoana şi caracterul (Person und Charakter) de *Dr. med. et phil. Thiele.* — Starea psihică şi diagnosticul psihiatric (Psychischer Befund und Psychiatrische Diagnose) de *Prof. Kurt Schneider.*

Revista revistelor . . . . . „ 285

Note şi informaţiuni . . . . . „ 293

Decrete legi şi decizii Ministeriale. — Tarif pentru analizele cu plată. — Instrucţiuni privitoare la admiterea şi înscrierea studenţilor în Universitate.

Bibliografie . . . . . „ 299

BIBLIOTECA CENTR... MEDICALĂ ... SIBIIU

Inscrisă la Tribunalul Sibiu, Secţia II-a, sub Nr. Fi. 47/1941. — Tipografia „DACIA TRAIANĂ“ S. A., Sibiu

Tratamentul sifilisului este
o chestiune de încredere

Neosalvarsan

este preparatul arsenobenzenic preferat în toată lumea pentru combaterea sifilisului

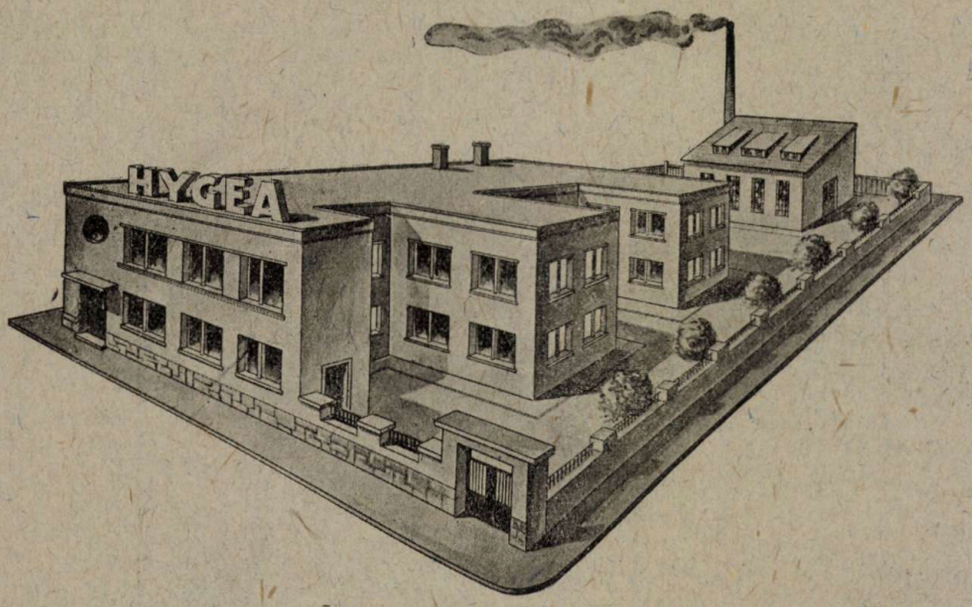
Continuând lucrările în acest domeniu s'a descoperit

Solu-Salvarsan

Soluție stabilă, gata preparată pentru injecțiuni intravenoase și intramusculare. Controlat de stat din punct de vedere chimic, biologic și clinic ca și
NEOSALVARSAN

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti I., Str. Brezoianu 53. Telefon: 3-92.86.



CLUJ

MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-aethanol-dioxybensol-formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor parazitare

SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. menthae & phoeniculi

Gastrite, Intoxicaţiuni alimentare, Constipaţii acute şi cronice

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfa-mido-chrisoidină
0,10 p-Aminobenzen-sulfamidă

Septicemii

FABRICA HYGEA-CLUJ, S. A. R.

BUCUREŞTI,

PENTRU PRODUSE CHIMICE ŞI FARMACEUTICE

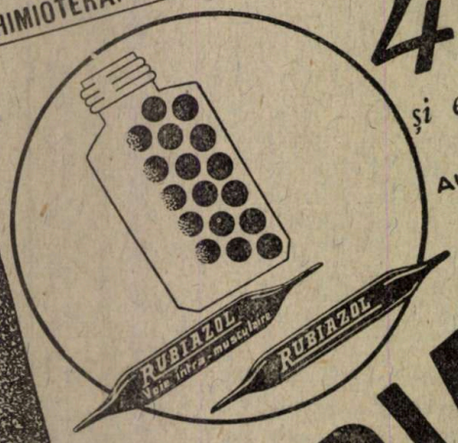
Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCIILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL

COLORANT AZOIC

este

CEL MAI ACTIV și COMPLECT ATOXIC

DOZA ZILNICĂ

6-12 comprimate

2-3 fiole

LABORATOIRES Dr R DU Dr ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

Anul I. August 1941 Nr. 8

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Articole ştiinţifice

Cercetări asupra miozitelor perioculare experimentale cu BCG

de

Profesor Dr. D. Michail şi **Dr. I. Păcurariu,** asistent

Problema miozitelor perioculare constitue obiectul preocupărilor ştiinţifice ale clinicei noastre încă de acum 10 ani, când, unul dintre noi, într'o lucrare referitoare la un caz foarte rar de tuberculom al orbitei, [1]) publicat în „Clujul Medical" (Iunie 1931) şi apoi în „Annali di ottalmologia", a atras atenţiunea asupra tulburărilor de motilitate oculară notate în cele 10 cazuri de tuberculome orbitare publicate până atunci, cât şi asupra leziunilor miozitice tuberculoase tipice, care interesau muşchii drept inferior şi oblicul mic al cazului său personal. Cu aceeaşi ocaziune şi într'o analiză critică a cazului personal în raport cu cazurile de tuberculome orbitare deja publicate, am mai inzistat asupra faptului istologic interesant, al lipsei focarelor de necroză şi de caseificare, cât şi a bacililor lui Koch şi ne întrebam dacă, în toate aceste împrejurări clinice nu am putea să avem de a face cu leziuni datorite unei anumite varietăţi a bacilului tuberculos şi în special cu leziuni datorite formelor sale filtrante şi con chideam că, cercetări cu deosebire experimentale, care până atunci lipseau complet, ar fi neapărat necesare pentru rezolvarea acestei probleme de patologie oculară.

Acum doi ani, acelaşi dintre noi, în colaborare cu D-ra Dr. Lavinia Rusu, [2]) într'o amplă lucrare de sinteză referitoare la miozitele musculaturei perioculare, bazată pe un bogat material personal, studiat clinic şi anatomo-patologic şi publicat în „Clujul Medical" (Februarie 1939), iar mai apoi în „Annales d'oculistique", am fost cei dintâi care am privit în literatura oftalmologică universală chestiunea miozitelor perioculare în general, pe cari le-am împărţit în miozite primitive şi miozite secundare, divizând la rândul lor pe acestea din urmă în miozite secundare afecţiunilor orbitei şi în miozite secundare afecţiunilor globului ocular, iar cu aceiaşi ocaziune am inzistat asupra extremei rarităţi a miozitelor perioculare primitive tuberculoase, dintre care în literatură nu este cunoscut decât cazul lui Rochon Duvigneaud - Onfray şi am revenit la capitolul miozitelor perioculare secundare afecţiunilor orbitare la studiul cazului de miozită însoţind cazul nostru personal de tuberculom orbitar publicat anterior. Am inzistat mai mult cu această ocaziune asupra leziunilor istologice ale cazului nostru, arătând caracterul lor dominant infiltrativ-proliferativ şi le-am comparat cu leziunile dominant cirotice ale cazului similar descris de Engelking.

Preocupat apoi de aceiaşi problemă a miozitelor perioculare şi în special de aceea a celor cu totul rare provocate de tuberculoză, acelaşi dintre noi, într'un studiu experimental referitor la leziunile provocate de inoculările exogene ale ochiului cu BCG, publicat tot acum doi ani, în „Clujul Medical" (Aprilie 1939), a scos în evidenţă frecuenţa leziunilor miozitice perioculare obţinute prin inoculările intracorneene şi intracameriene de BCG la iepuri şi cobai, [1]) pe care le-am notat în experienţele Nr. 2 şi Nr. 3, la 20 şi 32 zile după inocularea intracorneană a BCG, cât şi în experienţele Nr. 8. şi Nr. 9, după 4 şi 16 zile dela inocularea intracameriană a BCG, sub aspectul unor infiltraţii limfocitare difuze a musculaturei perioculare.

[1]) „Tuberculom al orbitei". Clujul Medical, 1 Iunie 1931, p. 63.

[2]) „Miozitele musculaturei perioculare". Clujul Medical, 1 Februarie 1939, p. 63.

[1]) „Cercetări asupra leziunilor provocate de inoculările exogene ale ochiului cu BCG". Clujul Medical, 1 Aprilie 1930, p. 186.

Continuând aceste cercetări, am căutat să precizăm în lucrarea noastră actuală reacţiunile miozitice pe care le provoacă BCG, atât în inoculări directe ale musculaturei perioculare cât şi în inoculări intracarotidiene şi intravânoase, în vâna marginală a urechii iepurilor, spre a avea astfel un tablou complet al miozitelor tuberculoase perioculare şi a evoluţiei lor, în toate împrejurările clinice şi experimentale posibile. Am întreprins acest studiu exclusiv pe iepuri, fiindcă cercetările noastre anterioare, de inoculare intracorneană şi intracameriană de BCG, pe care le-am făcut paralel la iepuri şi cobai, ne-au arătat reacţiuni oculare perfect superpozabile, nu numai ca expresie istologică, dar şi ca evoluţie în timp. Am practicat de asemenea aceste inoculări cu emulsii originale de bacili BCG nediluaţi, de o vechime de 3—4 zile, în cantitate de 0.2 cc în muşchiul drept superior şi de 1.5—2 cc intracarotidian şi intravânos auricular. Ca şi pentru cercetările noastre anterioare, vom expune în rezumate succinte protocoalele acestor experienţe, spre a reda cât mai exact imagina şi rezultatele lor. Reţinem însă chiar dela început, că inoculările intravânoase de BCG, pe care le-am practicat în vâna marginală a urechii iepurelui s'au arătat complet fără răsunet asupra musculaturei perioculare şi a globului ocular însăşi cu anexele sale.

I. Miozitele perioculare provocate prin inocularea intramusculară de BCG

Am practicat aceste experienţe inoculând bilateral câte 0.2 cc dintr'o emulsie de BCG în segmentul anterior al muşchilor drepţi superiori ai iepurilor. In zilele următoare şi la nivelul regiunei inoculate au apărut de obicei noduli subconjunctivali galbeni, de dimensiuni progresiv crescânde. Aceşti noduli s'au ulcerat, lăsând să se elimine puroiul cleios al unor abcese. Ei au dispărut apoi, lăsând în loc mici placarde cu aspect cicatricial, presărate uneori cu noduli discreţi, abia perceptibili la lupă. In cursul acestor cercetări am studiat nu numai modificările istologice ale musculaturei perioculare, dar şi pe acelea ale restului ţesuturilor oculo-orbito-palpebrale care s'au succedat timp de 2—150 de zile dela momentul inoculării.

Am avut astfel ocaziunea să facem examenul comparativ al acestor leziuni cu acelea obţinute în cercetările noastre anterioare prin inoculările intracorneene şi intracameriene şi chiar cu acelea produse prin întrebuinţarea şi a celorlalte căi de inoculare cunoscute până acum (căile: subcutanată, intravânoasă, intraperitoneală, respiratoare şi ganglionară).

Iată rezumatul protocoalelor experienţelor noastre.

Experienţa Nr. 1. — *Durata experimentării: 2 zile.*

Iepurele Nr. 5. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului drept, la 14 Ianuarie 1939. Eviscerat orbita la 16 Ianuarie 1939.

La 15 Ianuarie animalul prezintă congestia şi tumefacţia conjunctivei bulbare la nivelul locului de inoculare.

La 16 Ianuarie situaţia locală este aproape aceiaşi

La 24 Ianuarie animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată existenţa unui *revărsat sanguin între fibrele muşchiului* inoculat, un uşor *edem al ţesutului său interstiţial* şi *congestia vaselor musculo-conjunctivale.*

Experienţa Nr. 2. — *Durata experimentării: 10 zile.*

Iepurele Nr. 5. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului stâng, la 14 Ianuarie 1939. Eviscerat orbita la 24 Ianuarie 1939.

La 15 Ianuarie animalul prezintă o uşoară congestie conjunctivală la nivelul locului de inoculare.

La 18 Ianuarie apare un mic nodul galben subconjunctival la nivelul inserţiei sclerale a muşchiului drept superior.

Intre 9 şi 23 Ianuarie starea oculară rămâne aceiaşi.

La 24 Ianuarie animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată *la nivelul muşchiului drept superior existenţa unei infiltraţii mixte limfocito-epiteloide,* dispusă fie ca teci perivasculare, fie sub formă lamelară între fibrele musculare şi în toată întinderea episclerală a muşchiului. O bogată *infiltraţie limfocitară, cu incrustaţii epiteloide* discrete este dispusă sub un aspect lamelar *în ţesutul episcleral* corespunzător jumătăţei anterioare a globului şi sub formă nodulară şi cu deosebire epiteloidă în jumătatea sa posterioară, unde *invadează şi ţesutul celulo-adipos retrobulbar.* In mijlocul acestor noduli epiteloizi se găsesc: numeroase *centre granulate eosinofilice, cu aspect bacterian,* mai multe *micro-abcese* cu contururi neregulate şi un *număr foarte redus de celule gigante* cu dimensiuni mediocre.

Globul ocular însăşi, ca şi restul ţesuturilor palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nimic anormal.

Experienţa Nr. 3. — *Durata experimentării: 19 zile.*

Iepurele Nr. 1. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului drept, la 17 Decemvrie 1938. Eviscerat orbita la 5 Ianuarie 1939.

La 2 Ianuarie apare un nodul inflamator galben la nivelul inserţiei sclerale a muşchiului drept superior.

La 5 Ianuarie animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată la nivelul *muşchiului drept superior existenţa unei infiltraţii masive* cu un caracter *dominant limfocitar şi difuz către extremitatea sa sclerală* şi cu un caracter *mai mult epiteloid şi nodular către extremitatea sa posterioară.* In mijlocul unora dintre aceşti noduli epiteloizi se găsesc *micro-abcese.* (Fig. 1). *Infiltraţia* celulară *este cu deosebire pronunţată în jurul vaselor* musculare şi interesează simultan muşchii ridicător al pleoapei superioare şi oblicul mare. O bogată *infiltraţie difuză mixtă, limfocito-epiteloidă* şi mai mult limfocitară, de o grosime apreciabilă, este dispusă sub un aspect lamelar *în toată întinderea ţesutului episcleral,* invadând şi *ţesutul celulo-adipos retrobulbar.*

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă: edemul fundului de *sac conjunctival superior, cu încrustarea sa de foliculi limfatici, teci limfocitare în jurul vaselor ciliare anterioare şi a vinelor vorticoase* în traectul lor scleral.

Restul globului ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nicio leziune istologică.

Experienţa Nr. 4. — *Durata experimentării: 19 zile.*

Iepurile Nr. 1. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului stâng, la 17 Decemvrie 1938. Eviscerat orbita la 5 Ianuarie 1939.

La 2 Ianuarie apare un nodul inflamator galben la nivelul inserţiei sclerale a muşchiului drept superior.

La 5 Ianuarie animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată o *infiltraţie limfocitară* masivă, care disociază puternic fibrele *muşchiului dreptsuperior* la nivelul inserţiei sale sclerale. Această infiltraţie ia un *caracter mixt, limfocito-epiteloid cu tendinţă mai mult epiteloidă* şi un aspect mai întâiu nodular, iar apoi din ce în ce mai lamelar *către extremitatea posterioară a corpului muscular.* Infiltraţia interesează în acelaşi timp fasciculele periferice ale muşchiului oblic superior. *Ţesutul celulo-adipos episcleral* este, în toată jumătatea sa anterioară, *sediul unei bogate infiltraţii epiteloide,* în care se găsesc noduli limfocitari şi un *micro-abces.*

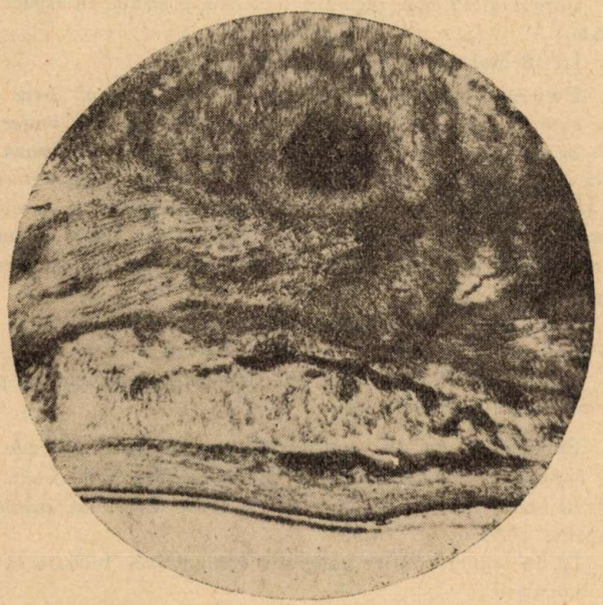


Fig. 1. — Inoculare intramusculară perioculară de BCG
Infiltraţie masivă a muşchiului drept superior cu un microabces (Experienţa Nr. 3: 19 zile după inoculare).

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă o încrustaţie cu *noduli limfocito-epiteloizi a conjunctivei bulbare.* Globul ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nicio leziune istologică.

Experienţa Nr. 5. — *Durata experimentării: 21 zile.*

Iepurele Nr. 25. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului stâng, la 17 Februarie 1939. Eviscerat orbita la 10 Martie 1939.

La 18 Februarie apare congestia conjunctivei bulbare şi un nodul inflamator galben la nivelul locului de inoculare.

Intre 19 Februarie şi 9 Martie nodulul inflamator muscular îşi măreşte progresiv dimensiunile, luând aspectul unui abces pe cale de fistulizare.

La 9 Martie abcesul muscular este fistulizat şi lasă să se scurgă o abundentă cantitate de puroi cleios.

La 10 Martie animalul sucombă.

Examenul istologic arată o *infiltraţie celulară masivă care disociază* şi distruge puternic *fibrele muşchiului drept superior în toată întinderea sa,* cu maximum de intensitate în segmentul său episcleral. Această infiltraţie are un caracter dominant limfocitar, lamelar sau nodular în segmentul scleral al muşchiului, pentru a deveni mai mult epiteloidă şi incrustată cu insule limfocitare şi cu *micro-abcese* în restul corpului muscular. *Ţesutul celulo-adipos periocular şi retrobulbar* este de asemenea *sediul unei infiltraţii masive mixte epiteloido-limfocitare* cu predominenţă epiteloidă şi cu aspect nodular. Această infiltraţie formează câteva *focare nodulare de perinevrită optică.* (Fig. 2). In infiltraţia celulară episclerală corespunzătoare segmentului anterior al globului se observă în fine câteva *micro-abcese, vase trambozate.* (Fig. 3). şi chiar câteva *celule gigante atipice.*

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă: o *infiltraţie difuză epiteloidă,* încrustată cu noduli limfocitari *în coroida anterioară* şi *noduli epiteloizi în jurul vaselor ciliare posterioare.*

Restul globului ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nicio leziune istologică.

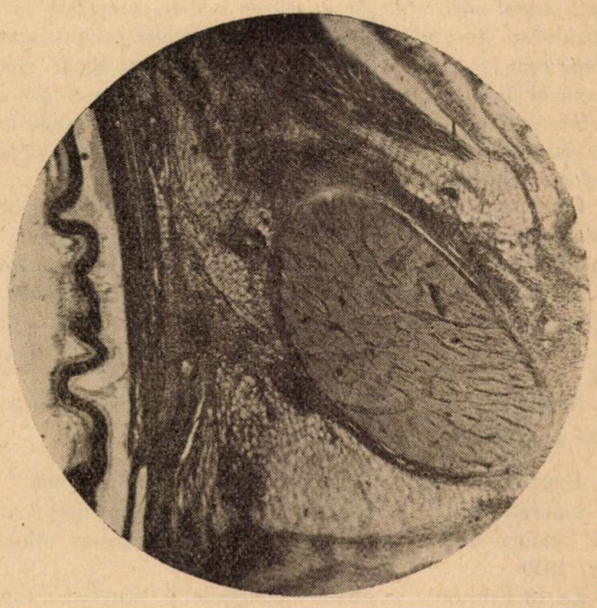


Fig. 2. — Inoculare intramusculară perioculară de BCG
Infiltraţie nodulară de perinevrită optică şi ciliară posterioară (Experienţa Nr. 5: 21 zile după inoculare).

Experienţa Nr. 6. — *Durata experimentării: 27 zile.*

Iepurele Nr. 24. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului drept, la 17 Februarie 1939. Eviscerat orbita la 16 Martie 1939.

La 18 Februarie se constată congestia şi tumefacţia conjunctivei bulbare la nivelul locului de inoculare.

La 20 Februarie apare un nodul inflamator muscular galben.

Intre 27 Februarie şi 15 Martie nodulul inflamator muscular îşi micşorează progresiv volumul.

La 16 Martie animalul sucombă.

Examenul istologic arată că *muşchiul drept superior este sediul unei infiltraţii epiteloide masive,* care disociază, distruge şi desorientează fascicolele sale în toată întinderea. In această masă epiteloidă se găsesc noduli limfocitari izolaţi şi mai multe *micro-abcese.* Se văd *leziuni similare în ţesutul celulo-adipos perimuscular şi episcleral.* Infiltraţia celulară episclerală *pătrunde la rândul său între lamele superficiale ale scleroticei,* mai ales in jumătatea sa anterioară.

Completând acest tablou istologic se mai observă încă o bogată *infiltraţie limfocitară care interesează ţesutul conjunctiv al regiunei limbului.*

Globul ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nicio leziune istologică.

Experienţa Nr. 7 — *Durata experimentării: 27 zile.*

Iepurele Nr. 24. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului stâng, la 17 Februarie 1939. Eviscerat orbita la 16 Martie 1939.

La 18 Februarie animalul prezintă o congestie pronunţată cu uşoară tumefacţie a conjunctivei bulbare la nivelul locului de inoculare.

La 20 Februarie apare un nodul inflamator muscular galben.

Intre 23 şi 26 Februarie nodulul îşi măreşte dimensiunile

Intre 27 Februarie şi 15 Martie nodulul îşi micşorează progresiv volumul.

La 16 Martie animalul sucombă.

Examenul istologic arată că *muşchiul drept superior este sediul unei infiltraţii epiteloide masive*, presărată cu noduli limfocitari. Ţesutul celulo-adipos perimuscular prezintă *aceeaşi infiltraţie care ia la nivelul episclerei aspectul unei bande groase*, cu maximul de desvoltare la nivelul polului posterior al globului, unde formează un manşon de *perinevrită* In această bandă infiltrativă se găseşte un mare *abces episcleral*, care capuşonează polul posterior al globului.

Completând acest tablou istologic se mai observă încă: încrustarea foliculară a fundului de sac conjunctival superior, *disocierea limfocitară a lamelor sclerale superficiale* în toată întinderea lor, *manşoane limfocitare în jurul vaselor ciliare anterioare* în tot parcursul lor scleral, o bogată infiltraţie limfocitară *în jurul vaselor irido-ciliare* şi o *infiltraţie similară supracoroidiană anterioară*.

Restul globului ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nici o leziune istologică.

Experienţa Nr. 8. — *Durata experimentării: 90 zile.*

Iepurele Nr. 26. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului drept, la 17 Februarie 1939. Eviscerat orbita la 18 Mai 1930.

La 18 Februarie se observă congestia şi tumefacţia uşoară a conjunctivei bulbare la locul inoculării.

La 20 Februarie apare un nodul inflamator galben al muşchiului drept superior.

Intre 23 Februarie şi 3 Martie nodulul muscular îşi accentuiază progresiv dimensiunile, luând aspectul unui abces.

La 4 Martie abcesul muscular se fistulizează, lăsând să curgă un puroi cleios.

Intre 5 şi 8 Martie nodulul este în regresiune.

La 9 Martie fistulizarea nodulului muscular a dispărut, regiunea luând aspectul cicatricial.

Intre 10 Martie şi 17 Mai regiunea inoculată prezintă aspect cicatricial, dar conjunctiva păstrează încă o uşoară stare congestivă corespunzătoare muşchiului drept superior.

La 18 Mai animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată că *muşchiul drept superior* este în toată întinderea sa *sediul unei vaste mase de infiltraţie epiteloide, înconjurate de o pătură subţire de infiltraţie limfocitară.* Această masă de infiltraţie este străbătută de numeroase vase cu teci limfocitare şi în acelaş timp *încrustată de un mare număr de granule calcare. Fascicolele periferice ale muşchiului* sunt în stare de *degenerare grasă* şi în parte *cuprinse de un ţesut cicatricial.* Episclera este de asemenea sediul unei infiltraţii epiteloide cu încrustaţii calcare şi insule cicatriciale.

Completând acest tablou istologic se mai observă încă: *o infiltraţie limfocitară lamelară a straturilor sclerale superficiale*, mai ales în jumătatea anterioară a globului şi *foliculi limfatici ai fundului de sac conjunctival superior.*

Globul ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nici o leziune istologică.

Experienţa Nr. 9. — *Durata experimentării: 90 zile.*

Iepurile Nr. 26. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului stâng, la 17 Februarie 1939. Eviscerat orbita la 18 Mai 1939.

La 18 Februarie apare congestia conjunctivei bulbare cu un nodul inflamator galben la nivelul inoculării.

Intre 20 şi 27 Februarie nodulul muscular îşi măreşte progresiv dimensiunile, luând aspectul unui abces.

La 28 Februarie nodulul muscular se fistulează, lăsând să se scurgă un puroi cleios.

Intre 1 şi 8 Martie nodulul este în regresiune.

La 9 Martie nodulul nu mai există.

Intre 10 Martie şi 30 Aprilie perzistă încă o congestie conjunctivală la nivelul vechiului nodul muscular.

Intre 1 şi 17 Mai regiunea inoculată prezintă un aspect cicatricial.

La 18 Mai animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată că *muşchiul drept superior* este în acelaşi timp *sediul unei infiltraţii mixte limfocito-epiteloide*, lamelară sau nodulară *şi al unui proces de scleroză* cu atrofia şi degenerarea grasă a fibrelor sale. *Ţesutul episcleral este şi el sediul unei infiltraţii masive cu aspect epiteloid*, cu periferia limfocitară şi cu *încrustaţii calcare* (Fig 4) la nivelul segmentului anterior al globului şi a unei infiltraţii mai discrete de partea polului său posterior.

Completând acest tablou istologic se mai observă încă foliculi la nivelul fundurilor de sac conjunctivale.

Globul ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nici o leziune istologică.

Experienţa Nr. 10. — *Durata experimentării: 100 zile.*

Iepurele Nr. 6. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului stâng, la 14 Ianuarie 1939. Eviscerat orbita la 24 Aprilie 1939.

La 16 Ianuarie apare congestia conjunctivei bulbare la nivelul inoculării.

La 4 Februarie ochiul stâng ne prezentând nici o reacţiune inflamatorie, îi reinoculăm 0.1 cc de BCG în muşchiul drept superior.

La 6 Februarie apare un nodul inflamator muscular galben la nivelul regiunei reinoculate.

Intre 7 şi 26 Februarie nodulul îşi măreşte progresiv dimensiunile.

Intre 27 Februarie şi 15 Aprilie nodulul îşi micşorează progresiv volumul.

Intre 16 şi 24 Aprilie regiunea inoculată păstrează un aspect cicatricial.

La 25 Aprilie facem eviscerarea orbitei stângi a animalului.

Examenul istologic arată că *muşchiul drept superior* este în jumătatea sa anterioară *sediul unei infiltraţii epiteloide nodulare masive*, în timp ce *în jumătatea sa posterioară prezintă o infiltraţie limfocitară lamelară.* Restul muşchilor perioculari este de asemenea sediul unei infiltraţii limfocitare, difuze sau nodulare. *Ţesutul episcleral* prezintă aceeaşi *infiltraţie nodulară epiteloidă cu periferia limfocitară şi încrustaţii calcare.*

Completând acest tablou istologic se mai observă încă *o infiltraţie limfocitară lamelară intrascleralâ* la nivelul ecuatorului globului, în strânsă legătură cu parcursul intrascleral al vinelor vorticoase. Globul ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nicio leziune istologică.

Experienţa Nr. 11. — *Durata experimentării: 120 zile.*

Iepurele Nr. 6. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului drept, la 14 Ianuarie 1939. Eviscerat orbita la 14 Mai 1939.

Intre 17 şi 31 Ianuarie apare şi perzistă o uşoară congestie conjunctivală la nivelul regiunei inoculate.

La 2 Februarie apare un nodul inflamator la nivelul muşchiului drept superior.

Intre 3 şi 22 Februarie nodulul îşi măreşte progresiv dimensiunile.

Intre 23 Februarie şi 16 Aprilie nodulul îşi micşorează progresiv volumul.

Intre 17 Aprilie şi 13 Mai regiunea inoculată prezintă un caracter cicatricial.

La 14 Mai animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată că *muşchiul drept superior este sediul unei infiltraţii* lamelare, aproape exclusiv *limfocitare*, care devine mai discretă în jumătatea sa posterioară. *O in-*

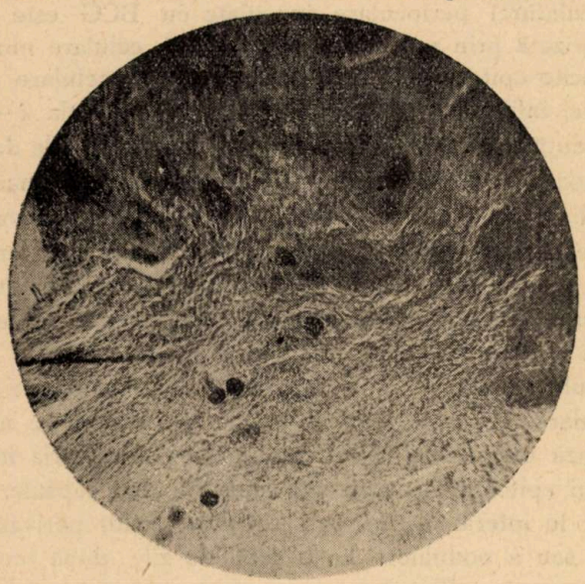


Fig. 3. — Inoculare intramusculară perioculară de BCG
Tromboze vasculare episclerale în apropierea muşchiului drept superior
(Experienţa Nr. 5: 21 zile după inoculare).

filtraţie similară pătrunde în ceilalţi muşchi perioculari şi *în ţesutul episcleral*, în toată întinderea sa.

Completând acest tablou istologic se observă încă *o infiltraţie limfocitară lamelară a straturilor sclerale superficiale*, la nivelul vaselor ciliare anterioare.

Globul ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nici o leziune istologică.

Experienţa Nr. 12. — *Durata experimentării: 150 zile.*

Iepurele Nr. 23. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului drept, la 17 Februarie 1939. Eviscerat orbita la 17 Iulie 1939.

La 18 Februarie apare congestia intensă şi tumefacţia conjunctivei bulbare la nivelul regiunei inoculate.

La 20 Februarie apare un nodul inflamator galben la nivelul muşchiului drept superior.

Intre 21 şi 28 Februarie nodulul îşi măreşte progresiv dimensiunile.

Intre 1 Martie şi 16 Aprilie nodulul îşi micşorează progresiv volumul.

Intre 17 Aprilie şi 16 Iulie regiunea inoculată prezintă aspect cicatricial.

La 17 Iulie animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată că *muşchiul drept superior este sediul unei infiltraţii limfocitare*, cu aspect nodular sau lamelar, care interesează discret mai ales extremitatea sa anterioară. *Ţesutul episcleral este pătruns de un proces de scleroză*, în care se observă *incrustaţii limfocitare*, cu discrete centre epiteloide. Această infiltraţie episclerală *interesează şi straturile superficiale als scleroticei în zona sa ecuatorială.*

Globul ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nici o leziune istologică.

Experienţa Nr. 13. — *Durata experimentării: 150 zile.*

Iepurele Nr. 23. Inoculat cu BCG în muşchiul drept superior al ochiului stâng, la 17 Februarie 1939. Eviscerat orbita la 17 Iulie 1939.

La 18 Februarie animalul prezintă congestia intensă şi tumefacţia conjunctivei bulbare la nivelul regiunei inoculate.

La 20 Februarie apare un nodul inflamator muscular galben la nivelul muşchiului drept superior.

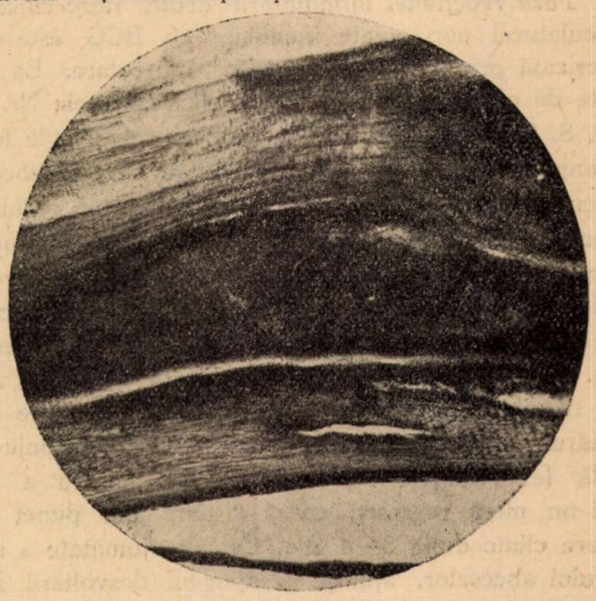


Fig. 4. — Inoculare intramusculară perioculară de BCG
Infiltraţie masivă episclerală cu incrustaţii calcare
(Experienţa Nr. 9: 90 zile după inoculare).

Intre 21 Februarie şi 8 Martie nodulul îşi măreşte progresiv dimensiunile, luând aspectul unui abces.

La 9 Martie abcesul muscular se fistulizează, lăsând să se scurgă un puroi cleios.

Intre 10 Martie şi 16 Aprilie nodul este în regresiune.

La 17 Aprilie nodulul a dispărut complet, regiunea păstrând încă o congestie locală.

Intre 18 Aprilie şi 16 Iulie regiunea inoculată ia aspectul cicatricial.

La 17 Iulie animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată că *muşchiul drept superior prezintă o infiltraţie limfocitară* difuză, localizată aproape exclusiv la segmentul său scleral. *Ţesutul episcleral este sediul unui proces de scleroză*, cu *încrustaţii limfocitare* şi centre epiteloide, *interesând şi straturile superficiale ale scleroticei.*

Globul ocular şi ţesuturile palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nici o leziune istologică.

Aruncând o privire generală asupra protocoalelor experienţelor rezumate mai sus şi comparând rezultatele lor cu acelea ale inoculărilor intracorneene şi intracameriene, constatăm că întocmai ca şi în aceste ultime experienţe, inoculările intramusculare de BCG provoacă o reacţiune inflamatorie ciclică, în cursul evoluţiei căreia putem să distingem aceleaşi 3 faze, adică: aceea a reacţiei acute, nespecifice, aceea a reacţiei cronice, specifice şi aceia a involuţiei cicatriciale.

Fiecare dintre aceste faze evolutive prezintă totuşi particularităţi, care le dă o fizionomie proprie, diferenţiindu-le sensibil de fazele corespunzătoare notate în experienţele cercetărilor noastre anterioare. Această ultimă circumstanţă ne îndeamnă să analizăm în detaliu evoluţia procesului istologic al miozitelor perioculare experimentale provocate prin inoculările intramusculare de BCG.

Faza reacţiunei inflamatorii acute, nespecifice a musculaturei perioculare inoculate cu BCG este caracterizată prin apariţia abceselor musculare. Ea se iveşte de obiceiu dela 2—4 zile (experienţele Nr. 2, 5, 7, 8, 9, 10, 12 şi 13) şi rareori dela 4—8 zile (experienţele Nr. 3, 4 şi 11) după inoculare. Aceste abcese musculare sunt în general situate la nivelul regiunei inoculate, iar în cazurile noastre proprii ele au ocupat capul scleral al muşchiului drept superior. Ele cresc apoi progresiv, luând dimensiuni cari variază între aceea a unui grăunte de orez şi a unui bob de mazăre. După un interval de timp care variază între 10—18 zile dela momentul apariţiei lor, jumătate din numărul acestor abcese merg spre fistulizarea conjunctivală (experienţele Nr. 5, 8, 9 şi 13) pentru a lua apoi un mers regresiv, ca să dispară din punct de vedere clinic după 3—4 zile. Cealaltă jumătate a numărului abceselor, ajunsă la apogeul desvoltării lor, iau o involuţie spontană, fără a mai trece prin fistulizarea conjunctivală (experienţele Nr. 6, 7, 10, 11 şi 12). Studiul istologic al acestor cazuri ne-a arătat totuşi că, aceste abcese nu rămân decât rareori unice (experienţele Nr. 4 şi 7) şi pur musculare. Ele sunt în adevăr de cele mai multe ori multiple, se dispun în mărgele şi ocupă tot segmentul anterior al muşchiului inoculat şi foarte deseori chiar ţesutul episcleral. Abcesele episclerale, cu deosebire, rămân inaccesibile examenului clinic, datorită dimensiunilor lor reduse şi faptului că sunt aşezate profund sub corpurile musculare, încât nu pot să facă relief la suprafaţa conjunctivei.

Vindecarea clinică a reacţiei inflamatorii acute, nespecifice, care apare deci la 20 zile după inocularea intramusculară a BCG, cu sau fără fistulizarea conjunctivală a abceselor de inoculare, este mai mult o vindecare aparentă, fiindcă perzistenţa abceselor musculo-episclerale mai profunde până la 90 zile după inoculare arată că, dispariţia reală a acestui proces inflamator este mult mai tardivă.

Incrustarea microabceselor musculo-episclerale într'o masă celulară infiltrativă cu aspect totdeauna epiteloid arată pe de altă parte, că datorită inoculării de BCG, reacţia acută, nespecifică a musculaturei perioculare evoluează simultan cu reacţia sa specifică. Prin acest fapt, reacţia inflamatorie a musculaturei perioculare se aseamănă deci mai mult cu aceea obţinută prin inoculările intracameriene de BCG.

Absenţa sau apariţia tardivă a abceselor musculo-episclerale, desvoltarea lor uneori puţin pronunţată, iar alteori lipsa lor de fistulizare, suntem înclinaţi să le atribuim fie virulenţei atenuate a emulsiunilor bacteriene întrebuinţate, fie inoculării unor emulsiuni mai puţin homogenizate şi deci mai puţin bogate în corpi bacterieni.

Faza reacţiunei inflamatorii cronice, specifice a musculaturei perioculare inoculate cu BCG este caracterizată prin apariţia unei infiltraţii celulare mixte, limfocito-epiteloide. Ambele elemente celulare ale acestei infiltraţii apar simultan şi progresiv dela 2—10 zile după inoculare. Timp de aproximativ 20 zile după inoculare infiltraţia limfocitară este totuşi dominantă. Ea disociază fibrele segmentului episcleral al muşchiului inoculat sub aspectul tecilor perivasculare, al lamelelor şi nodulilor infiltrativi. Intre 20—100 zile după inoculare, reacţia inflamatorie este dominată de infiltraţia epiteloidă, care invadează masiv aproape tot corpul muscular, sub aspectul unei infiltraţii difuze sau nodulare. In acest timp infiltraţia limfocitară îşi micşorează importanţa şi se dispune fie la periferia infiltraţiei epiteloide masive sub aspectul unei capsule, fie chiar în interiorul său, sub aspectul tecilor perivasculare sau a nodulilor. La o sută de zile după inoculare, reacţia inflamatorie musculară specifică este din nou dominată de infiltraţia limfocitară, care rămâne aproape singură spre sfârşitul procesului inflamator.

Simultan cu reacţia inflamatorie cronică a musculaturei perioculare, păstrând acelaşi caracter de infiltraţie mixtă limfocito-epiteloidă şi urmând acelaşi ritm evolutiv, apare şi o puternică reacţie inflamatorie cronică a ţesutului episcleral în toată întinderea sa. Această reacţie episclerală se extinde la ţesutul celuloadipos al fundului orbitei, unde formează focare de celulită orbitară, atinge restul musculaturei perioculare, se localizează în jurul tecei meningeale a nervului optic şi a nervilor ciliari posteriori sub aspectul perinevritei optice şi ciliare, disociază apoi lamele superficiale ale scleroticei, sau se infiltrează între lamele sale mai profunde cu cordoanele vaselor ciliare anterioare, posterioare şi vinele vorticoase, sub aspectul episcleritei sau al scleritei discrete.

In mersul său lent invadant, reacţia inflamatorie episclerală manifestă tentinţa să pătrundă nu numai în ţesuturile orbitare, dar şi în elementele anatomice ale globului ocular însăşi. Această tendinţă se manifestă între 20—90 zile după inocularea intramusculară a BCG şi este caracterizată prin infiltraţia simplă sau mixtă, limfocito-epiteloidă a scleroticei, irisului, corpului ciliar şi a supracoroidei, apărând astfel sub aspectul scleritei, al iridociclitei şi al supracoroiditei. Prin această tendinţă de extensiune a procesului inflamator specific muscular la ţesuturile perioculare şi intraocu-

lare, inoculările intramusculare de BCG se aseamănă mai mult cu rezultatele inoculărilor intracameriene, de cât cu acelea ale inoculărilor intracorneene, care manifestă o tendinţă cu mult mai accentuată de a rămâne localizate.

Trebue să mai relevăm încă în cursul evoluţiei acestei faze reacţionale specifice, apariţia extrem de rară şi foarte discretă a celulelor gigante, care au dimensiuni reduse şi nuclei centrali puţin numeroşi.

Apariţia lor deşi rară şi inconstantă are loc exclusiv 10—20 zile după inoculare (experienţele Nr. 2 şi 5). Din acest punct de vedere reacţia specifică a musculaturei perioculare se aseamănă iarăşi mai mult cu fenomenele reacţionale obţinute prin inoculările intracameriene ale BCG, caracterizate de asemenea prin absenţa celulelor gigante.

Din două puncte de vedere totuşi rezultatele inoculărilor cu BCG ale muşchilor perioculari diferă de de acelea ale inoculărilor intracameriene. In adevăr, întocmai ca după inoculările intracorneene, constatăm în cursul reacţiei specifice musculare o disociare a ritmului limfocitar în raport cu ritmul epiteloid, în sensul că, reacţia epiteloidă este de o durată mai scurtă şi dispare aproximativ la 100 zile după inoculare, în timp ce reacţiunea limfocitară perzistă singură, chiar după 150 zile. Condiţiile anatomice ale inoculărei intramusculare de BCG permit apoi reacţiunei pe care o provoacă să ia o extensiune mai accentuată de cât aceea a inoculărilor intracameriene, deşi această reacţiune nu a depăşit niciodată limitele orbitare. In afară de aceste diferenţe de detaliu, reacţia inflamatorie specifică a musculaturei perioculare provocată de inocularea de BCG se aseamănă însă puternic cu aceea obţinută prin inoculările intracameriene.

Faza involuţiei cicatriciale este caracterizată, ca şi în inoculările intracorneene şi intracameriene de BCG, prin dispariţia infiltraţiei epiteloide, cu perzistenţa discretă, lamelară sau nodulară a infiltraţiei limfocitare la nivelul segmentului scleral al muşchiului inoculat şi prin apariţia unui ţesut scleros care se substitue parţial fasciculelor musculare atinse de degenerare grasă şi ţesutului infiltrativ episcleral. Această fază apare, ca şi pentru celelalte inoculări oculare de BCG, la 120 zile după inoculare. Infiltraţia limfocitară discretă perzistă în muşchi, în ţesutul episcleral şi în straturile superficiale ale scleroticei, chiar la 150 zile după inoculare. Ne găsim deci, întocmai ca şi în experienţele noastre anterioare, în imposibilitate de a putea preciza momentul în care trebue să considerăm ca definitiv vindecat procesul istologic al miozitei şi al episcleritei provocate de BCG.

II. Miozitele perioculare provocate de inocularea intracarotidiană de BCG.

Am practicat aceste inoculări cu 1,5—2 cc dintr'o emulsie proaspătă, nediluată de BCG, în capătul cefalic a uneia dintre carotidele iepurelui. Animalele astfel inoculate au fost examinate apoi din punct de vedere clinic şi oftalmoscopic dela 2—28 zile şi au fost sacrificate la intervale de timp variabile, pentru a le face examenul anatomo-patologic al conţinuturilor orbitare eviscerate.

Dăm aici rezumatul protocoalelor experimentale, pentru a face să reiasă mai bine detaliile rezultatelor obţinute.

Experienţa Nr. 14. — *Durata experimentării: 1 zi.*

Iepurele Nr. 30. Inoculat cu 1.5 cc dintr'o emulsie de BCG, în carotida dreaptă, la 23 Mai 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 24 Mai 1939,

La 24 Mai animalul nu prezintă nimic anormal, nici la examenul polului anterior al ochilor nici la examenul oftalmoscopic şi este sacrificat.

Examenul istologic arată de partea ochiului drept existenţa câtorva *focare de infiltraţie limfocitară în jurul vaselor musculare* aparţinând capului scleral *al muşchiului drept superior.*

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă o *intensă infiltraţie limfocitară periacinoasă,* localizată cu deosebire *în jurul lobulilor superficiali ai glandei lacrimale.*

Globii oculari şi ţesuturile lor palpebro-orbitare nu prezintă nimic patologic.

Experienţa Nr. 15. — *Durata experimentării: 2 zile.*

Iepurele Nr. 31. Inoculat cu 1.5 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida dreaptă, la 23 Mai 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 25 Mai 1939.

Intre 24 şi 25 Mai animalul nu prezintă nimic anormal, nici la examenul clinic al polului anterior al ochilor, nici la examenul lor oftalmoscopic.

La 25 Mai iepurele este sacrificat.

Examenul istologic arată de partea ochiului drept existenţa unor *focare de infiltraţie limfocitară de tip nodular* în jurul vaselor musculare şi cu deosebire abondente *în muşchiul drept superior.*

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă, o bogată *infiltraţie limfocitară nodulară periacinoasă a lobulilor superficiali ai glandei lacrimale.*

Globii oculari şi ţesuturile lor palpebro-orbitare nu prezintă nici o leziune istologică.

Experienţa Nr. 16. — *Durata experimentării: 4 zile.*

Iepurele Nr. 9. Inoculat cu 2 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida stângă, la 23 Ianuarie 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 27 Ianuarie 1939.

Intre 24 şi 26 Ianuarie animalul nu prezintă nimic anormal nici la examenul polului anterior al ochilor, nici la examenul oftalmoscopic.

La 27 Ianuarie apare o congestie conjonctivo-episcleralâ corespunzătoare muşchiului drept superior stâng. Examenul oftalmoscopic bilateral arată apariţia câtorva plăci exudative la periferia inferioară a retinelor. In aceiaşi zi animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată de partea ochiului stâng existenţa unei *infiltraţii limfocitare perivasculare* groase, care disociază fascicolele musculare, *în special ale dreptului superior.*

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă *un vas trombozat cu infiltraţie limfocitară în jur, în ţesutul celulo-adipos perimuscular şi un nodul limfocitar sub conjunctiva bulbară.*

Globii oculari şi ţesuturile lor palpebro-lacrimo-orbitare nu prezintă nici o leziune istologică.

Experienţa Nr. 17. — *Durata experimentării: 4 zile.*

Iepurele Nr. 10. Inoculat cu 2 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida stângă, la 23 Ianuarie 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 27 Ianuarie 1939.

Intre 24 şi 25 Ianuarie animalul nu prezintă nimic anormal ocular.

La 26 Ianuarie apare o intensă congestie conjunctivală bilaterală, însoţită de secreţie cleioasă. Examenul oftalmoscopic bilateral nu relevă nimic anormal.

La 27 Ianuarie starea conjunctivală bilaterală este aceiaşi. Ochiul stâng prezintă totuşi o congestie conjunctivo-episclerală mai pronunţată la nivelul muşchiului drept superior şi un ipopion, care nu mai permite facerea examenului său oftalmoscopic.

Acelaş examen al ochiului drept evidenţiază existenţa unei plăci exudative retiniene periferice inferioare. Animalul este sacrificat în aceiaşi zi.

Examenul istologic arată de partea ochiului stâng existenţa unei *infiltraţii limfocitare perivasculare*, care disociază fasciculele musculare, *în special ale dreptului superior.*

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă: *infiltraţia limfocitară* difuză *a conjunctivei bulbare, infiltraţia polinucleară* a jumătăţii superioare *a parenchimului cornean, tromboza vaselor irido-ciliare* cu *ipopion, infiltraţia limfocitară* perivasculară *a vaselor cilio-retiniene* în parcursul lor scleral, cu mici *focare limfocitare nodulare de celulită orbitară* situate în vecinătatea intrării nervului optic în glob şi în fine, o bogată *infiltraţie mixtă, limfocito-polinucleară difuză periacinoasă a lobulilor lacrimali superficiali.*

Experienţa Nr 18. — *Durata experimentării: 8 zile.*

Iepurele Nr. 12. Inoculat cu 2 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida dreaptă, la 4 Februarie 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 12 Februarie 1939.

Intre 6 şi 8 Februarie animalul prezintă o puternică congestie a nictitantei şi a conjunctivei bulbare corespunzătoare muşchiului drept superior. La acelaşi nivel se observă dislocarea inelului pigmentar al limbului, cu migraţiunea secundară a pigmentului în conjunctiva bulbară şi în acelaşi timp prezenţa unor noduli miliari galbeni limbici, alături de o infiltraţie periferică a corneei. Examenul oftalmoscopic arată în fine existenţa câtorva plăci exudative ale periferiei retiniene inferioare.

Intre 9 şi 10 Februarie plăcile exudative retiniene sunt mai extinse, în timp ce starea polului anterior al ochiului rămâne aceiaşi.

In timpul întregei durate evolutive a acestor manifestaţiuni patologice, ochiul stâng al animalului nu a prezentat nimic anormal.

La 11 Februarie animalul sucombă.

Examenul istologic al ochiului drept arată existenţa unei *infiltraţii limfocitare lamelare* care disociază fascicolele musculare şi în special pe acelea ale *dreptului superior*, precum şi o *infiltraţie mixtă, limfocito-polinucleară*, cu aspect *nodular* şi *centre necrotice*, în strânsă legătură cu traectele vasculare.

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă: *infiltraţia limfocitară* difuză *a ţesutului celulo-adipos orbitar, tromboza vaselor irido-ciliare, infiltraţia limfocitară insulară a coroidei, a papilei* şi a segmentului juxta-papilar al *nervului optic*, cât şi *infiltraţia limfocitară periacinoasă a lobulilor lacrimali periferici.* (Fig. 5).

Globul ocular stâng, musculatura sa perioculară şi restul organelor sale anexe prezintă aspectul istologic normal.

Experinţa Nr. 19. — *Durata experimentării: 9 zile.*

Iepurele Nr. 16. Inoculat cu 2 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida dreaptă, la 4 Februarie 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 13 Februarie 1939.

La 6 Februarie ochiul drept al animalului prezintă o cheratită cu ipotonie.

La 7 Februarie cheratita s'a ameliorat.

Intre 8 şi 12 Februarie cheratita perzistă cu ipotonie foarte accentuată.

In tot timpul duratei evolutive a acestor manifestaţiuni patologice, ochiul stâng al animalului nu a prezentat nimic anormal.

La 13 Februarie animalul sucombă.

Examenul istologic arată de partea ochiului drept existenţa unei intense *infiltraţii limfocitare nodulare* perivasculare, care disociază cu deosebire fasciculele musculare ale *dreptului superior.*

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă: *infiltraţia limfocitară* difuză *a ţesutului celulo-adipos orbitar,* infiltraţia *polinucleară a periferiei corneene, tromboza vaselor irido-ciliare, proliferarea epiteliilor pigmentare irian şi retinian, teci limfocitare periworticoase* în traectul lor scleral şi *focare limfocitare nodulare ale coroidei, nervului optic* şi în *jurul tecei sale durale.*

Globul ocular stâng, musculatura sa perioculară şi restul ţesuturilor organelor sale anexe prezintă aspectul istologic normal.

Experienţa Nr. 20. — *Durata experimentării: 11 zile.*

Iepurele Nr. 8. Inoculat cu 2 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida dreaptă, la 23 Ianuarie 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 3 Februarie 1939.

Intre 24 şi 26 Ianuarie ochiul drept al animalului nu prezintă nimic anormal.

Intre 27 şi 29 Ianuarie acest ochi prezintă congestia edematoasă a conjunctivei bulbare la nivelul muşchiului drept superior.

La 30 Ianuarie acelaşi ochi prezintă noduli exudativi corio-retinieni la periferia inferioară.

Intre 1 şi 2 Februarie nodulii corio-retinieni se generalizează, devenind mai mari, mai confluenţi şi de un contur mai puţin precis. Sinechii iriene posterioare fac să reacţioneze pupila mai puţin regulat la atropină.

In timpul întregei durate evolutive a acestor manifestaţiuni patologice, ochiul stâng al animalului nu a prezentat nimic anormal.

La 3 Februarie animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată de partea ochiului drept prezenţa a *numeroşi noduli limfocitari perivasculari*, care disociază fasciculele tutulor muşchilor perioculari şi cu deosebire pe acelea ale *dreptului superior.*

Completând acest tablou istologic se mai găseşte încă: *foliculi limfatici ai fundurilor de sac conjunctivale* şi numeroşi *noduli limfocitari irido-cilio-coroidieni.* (Fig. 6 şi 7).

Globul ocular stâng, musculatura sa perioculară şi ţesuturile organelor sale anexe prezintă aspectul istologic normal.

Experienţa Nr. 21. — *Durata experimentării: 14 zile.*

Ipurele Nr. 28. Inoculat cu 2 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida dreaptă, la 23 Mai 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 5 Iunie 1939

Intre 23 Mai şi 3 Iunie animalul nu prezintă nici o reacţie oculară.

La 4 Iunie ochiul drept prezintă sinechii iriene posterioare.

In timpul întregei durate a acestei evoluţii, ochiul stâng nu a prezentat nimic anormal.

La 5 Iunie animalul este sacrificat.

Examenul istologic nu arată nicio manifestaţie inflamatorie de partea musculaturei perioculare a ochiului drept.

Somniferul

cu efect sigur

chiar şi în doze mici (1/2 tabletă), somn reconfortant şi o deşteptare înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, Bucureşti

ESIDERM

ZnO, Talc, Terr, Silic. Glicerină, Aqua. dest.

Pastă uscată cu apă

Toate eczemele pe piele grasă mai ales la seboreici. — Piele intolerantă la grăsimi. — Acnee, vulg., rosacee. Dermatite (numai uşor zemuinde)

Pe când in tratamentul acestor afecţiuni cu pomezi grase se ajunge repede la o blocare a secreţiei, şi la retenţii şi astfel la o intârziere a vindecărei, tratamentul uscat cu Esiderm produce o scădere a fenomenelor congestive şi o vindecare rapidă Se intinde in strat uniform şi se lasă să se usuce. Un pansament nu este necesar. — Esiderm-ul se şterge cu apă. — Tub 40 g.

Desitin - Werk Carl Klinke, Hamburg 19

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

Bucureşti V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

subcutan **intravenos** **intramuscular**

Extracte totale de ovar

OVARIUM RICTHER **tablete**

GLANDUOVIN **fiole**

GLANDUOVIN FORTE **fiole**

Se constată totuşi prezenţa unor *discreţi noduli limfocitari iridociliari perivasculari.*

Globul ocular stâng, musculatura sa perioculară şi restul ţesuturilor organelor sale anexe prezintă aspectul istologic normal.

Experienţa Nr. 22. — *Durata experimentării: 15 zile.*

Iepurele Nr. 29. Inoculat cu 2 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida dreaptă, la 23 Mai 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 6 Iunie 1939.

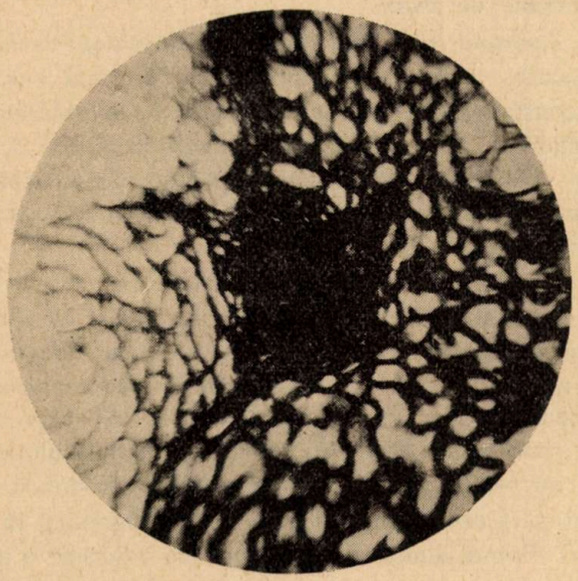


Fig. 5. — Inoculare intracarotidiană de BCG
Infiltraţia nodulară periacinoasă a glandei lacrimale
(Experienţa Nr. 18: 8 zile după inoculare).

Intre 24 Mai şi 3 Iunie animalul nu prezintă nimic anormal ocular.

Intre 4 şi 5 Iunie se constată că irisul ochiului drept prezintă mai multe sinechii posterioare.

In timpul întregei durate a acestei evoluţiuni patologice, ochiul stâng nu a prezentat nimic anormal.

Examenul istologic arată de partea ochiului drept existenţa unei *infiltraţii limfocitare nodulare* care disociază fasciculele *muşchiului drept superior,* mai ales în segmentul său anterior şi prezenţa de *teci limfocitare în jurul vaselor ciliare anterioare.*

Completând acest tablou istologic se mai constată încă: *tromboza a numeroase capilare iriene, infiltraţia* limfocitară difuză a *coroidei,* cu deosebire pronunţată la nivelul polului posterior, unde pătrunde cu vasele cilio-retiniene *în papilă* şi *infiltraţia limfocitară nodulară a lobulilor lacrimali superficiali.*

Globul ocular stâng, musculatura sa perioculară şi restul ţesuturilor organelor sale anexe prezintă aspectul istologic normal.

Experienţa Nr. 23. — *Durata experimentării: 20 zile.*

Iepurele Nr. 27. Inoculat cu 2 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida dreaptă, la 23 Mai 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 12 Iunie 1939.

Intre 24 Mai şi 3 Iunie animalul nu prezintă nimic anormal ocular.

Intre 4 şi 9 Iunie se constată de partea ochiului drept apariţia unei congestii conjunctivale localizate la nivelul muşchiului drept superior şi aceia a unei sinechii iriene posterioare şi superioare cu deformarea pupilei.

In timpul duratei acestei evoluţii patologice ochiul stâng nu a prezentat nimic anormal.

La 12 Iunie animalul este sacrificat.

Examenul istologic arată de partea ochiului drept existenţa unei *infiltraţii limfocitare,* lamelare sau nodulare, perivasculare, *a tutulor muşchilor perioculari* şi cu deosebire *la nivelul segmentelor lor sclerale.*

Completând acest tablou istologic se mai constată încă: *foliculi limfatici sub conjunctiva bulbară, infiltraţia* nodulară perivasculară a ţesutului celulo-adipos *orbitar, cu noduli localizaţi în jurul tecei meningeale a nervului optic,* numeroşi *noduli limfocitari* perivasculari *cari încrustează irisul, corpul ciliar şi coroida* şi o

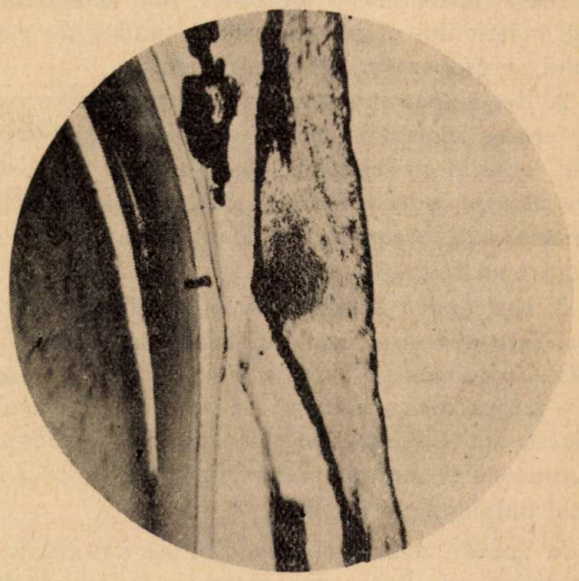


Fig. 6. — Inoculare intracarotidiană de BCG
Infiltraţie nodulară iriană
(Experienţa Nr, 20: 11 zile după inoculare).

intensă *infiltraţie limfocitară periacinoasă a lobulilor lacrimali superficiali* cu necroza lor parţială.

Globul ocular stâng, musculatura sa perioculară şi restul ţesuturilor organelor sale anexe prezintă un aspect istologic normal.

Experienţa Nr. 24. — *Durata experimentării: 28 zile.*

Iepurele Nr. 18. Inoculat cu 2 cc dintr'o emulsie de BCG în carotida dreaptă, la 4 Februrie 1939. Evisceraţia bilaterală a orbitelor la 4 Martie 1939.

Intre 4 şi 5 Februarie animalul nu prezintă nimic anormal ocular.

Intre 6 şi 7 Februarie ochiul drept al animalului prezintă plăci exudative la periferia retiniană inferioară.

Intre 8 şi 15 Februarie plăcile retiniene sunt mai puţin strălucitoare şi mai puţin precis delimitate.

La 16 Februarie plăcile exudative retiniene au dispărut.

Intre 17 Februarie şi 3 Martie se constată apariţia câtorva deranjări pigmentare retiniene la nivelul vechilor plăci exudative.

In timpul întregei durate a acestei evoluţii patologice, ochiul stâng nu a prezentat nimic anormal.

La 4 Martie animalul sucombă.

Examenul istologic nu arată de partea ochiului drept *nici o manifestaţie inflamatorie a musculaturei perioculare.* Se constată totuşi *la nivelul papilei şi a nervului optic* existenţa unei *infiltraţii limfocitare* perivasculare, dispusă în cordoane, plăci şi noduli, sub aspectul unei nevro-papilite. (Fig. 8). *Retina este sediul unui edem* care interesează când stratul plexiform intern, când stratul fibrelor sale nervoase. Restul globului ocular nu prezintă nimic anormal.

Globul ocular stâng, musculatura sa perioculară şi restul ţesuturilor organelor sale anexe prezintă aspectul istologic normal.

Dacă după examinarea protocoalelor experienţelor rezumate mai sus, căutăm să prindem într'o privire sintetică modul cum musculatura perioculară reacţionează la inoculările intracarotidiene de BCG, putem spune că:

1. După aceste inoculări musculatura perioculară este totdeauna sediul unei reacţiuni inflamatorii precoce, care apare cu o localizare preponderantă la nivelul muşchiului drept superior şi numai de partea ochiului corespunzător carotidei inoculate.

2. Reacţiunea inflamatorie musculară care apare după aceste inoculări apare totdeauna simultan cu reacţii inflamatorii similare ale glandelor lacrimale, cărora ulterior li se asociază în mod constant reacţiuni inflamatorii de acelaşi ordin, de partea orbitei şi a globului ocular însăşi.

3. Reacţiunea inflamatorie a musculaturei perioculare, care apare în urma inoculării intracarotidiene de BCG, prezintă un caracter şi o evoluţie istologică care o fac să difere complet de miozitele perioculare pe cari le-am obţinut fie secundar, prin inoculările intracorneene şi intracameriene, fie primitiv, prin inoculările intramusculare directe.

In adevăr, miozitele provocate de inoculările intracarotidiene de BCG apar chiar de a doua zi după inoculare. Ele se localizează de predilecţie pe muşchiul drept superior al ochiului de partea carotidei injectate şi se traduc din punct de vedere clinic prin o congestie conjonctivo-episclerală, având aspectul unei bande paralele cu traectul epibulbar al acestui muşchi, însoţită de deplasarea pigmentului inelului limbic. In zilele următoare procesul inflamator interesează şi restul muşchilor perioculari.

Debutul istologic al acestor miozite este caracterizat prin apariţia tecilor limfocitare perivasculare în segmentul scleral al muşchilor perioculari. In timpul primelor 4 zile după inoculare infiltraţia limfocitară devine exuberantă, pătrunde toată întinderea corpurilor musculare şi se extinde în acelaşi timp la tecile lor aponevrotice şi la ţesuturile perimusculare. Intre 4—8 zile după inoculare apar trombozele vaselor musculare. Ele dispar deobicei între 10—15 zile după inoculare, lăsând să perziste infiltraţia limfocitară. Intre 15—25 zile după inoculare, infiltraţia limfocitară îşi reduce progresiv intensitatea, interesând aproape exclusiv segmentele anterioare ale muşchilor. Intre 25—28 zile după inoculare reacţia miozitică se atenuiază rapid până la dispariţia completă.

Se vede aşa dar din această descripţie rapidă a procesului miozitic obţinut prin inocularea intracarotidiană de BCG, că ceea ce face să se deosebească acest proces de acela al miozitelor perioculare obţinute prin celelalte căi de inoculare este, pe deoparte lipsa reacţiunei inflamatorii nespecifice caracterizată prin abcesele musculare şi înlocuirea sa prin apariţia trombozelor vasculare trecătoare, iar pedealtă parte absenţa în cursul reacţiunei inflamatorii specifice a infiltraţiei epiteloide alături de infiltraţia limfocitară, care apare astfel izolată. Acestei duble deosebiri istologice, credem că trebue să atribuim evoluţia mult prescurtată a miozitelor perioculare obţinute prin inoculările intracarotidiene de BCG.

Apărând simultan, dar în majoritatea cazurilor consecutiv leziunilor miozitice descrise mai sus, se mai constată încă apariţia unei serii de manifestaţiuni inflamatorii, care interesează anexele şi globul ocular însăşi. Durata evoluţiei acestor ultime manifestaţiuni inflamatorii depăşeşte în general pe aceea a leziunilor miozitice.

Printre manifestaţiunile inflamatorii cari evoluează simultan cu leziunile miozitice, notăm în special pe acelea ale glandelor lacrimale. Ele apar de obiceiu sub aspectul infiltraţiilor limfocitare periacinoase cu necroza lobulilor glandulari periferici. Apariţia constant simultană a leziunilor inflamatorii musculo-lacrimale nu este o simplă coincidenţă experimentală. Ea a fost deja notată în clinică de către Engelking în trei cazuri. Primul dintre aceste cazuri era o pareză a muşchiului drept extern stâng, însoţită de exoftalmie şi de inflamaţia supurativă a glandei lacrimale corespunzătoare, de origină metastatică necunoscută. Al doilea caz era o exoftalmie sagitală dreaptă însoţită de o miozită a muşchiului drept extern şi de o dacrioadenită acută nesupurată de aceeaşi parte, de origină metastatică probabil amigdaliană. Al treilea caz era un tuberculom al podelei orbitare, care a evoluat concomitent cu o miozită a muşchiului drept inferior şi o dacrioadenită cronică corespunzătoare, ocazionate de o infecţie transconjunctivală. Noi înşine în fine, într'o lucrare de sinteză privitoare la miozitele musculaturei perioculare, am notat coincidenţa leziunilor supurative ale glandelor lacrimale accesorii ale lui Krause cu focare de miozită supurativă ale muşchilor drept intern şi oblic mare de aceiaşi parte. Aceste coincidenţe inflamatorii sunt foarte probabil cu mult mai dese de cât au fost notate până acum şi numai un examen istologic complet ar putea să releve frecuenţa cu adevărat reală a acestor coincidenţe patologice puse în evidenţă prin cercetările noastre experimentale actuale. Credem că aceste coincidenţe patologice musculo-lacrimale, ca şi dominarea procesului miozitic experimental la nivelul muşchiului drept superior, trebue să fie atribuite unei distribuţii vasculare favorizante. Aceleiaşi cauze anatomice favorizante atribuim şi apariţia iniţială a procesului inflamator miozitic în segmentele anterioare ale muşchilor perioculari şi în lobulii periferici ai glandelor lacrimale şi aceleaşi cauze fac să apară procesul infla-

mator ocular exclusiv de partea ochiului corespunzător carotidei inoculate.

Printre manifestaţiile oculare care apar consecutiv leziunilor dacrio-miozitice deja studiate şi depăşindu-le ca durată evolutivă, trebue să notăm în fine leziunile inflamatorii care interesează toate membranele oculare. Aceste manifestaţiuni s'au prezentat sub aspectul cheratitei, al scleritei, al trombozelor iridociliare cu sinechii, ipopion şi proliferarea epiteliului

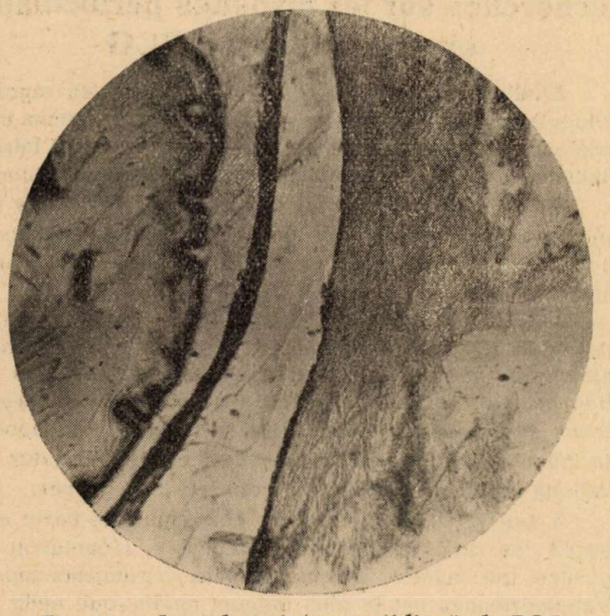


Fig. 7. — Inoculare intracarotidiană de BCG
Infiltraţie nodulară coroidiană
(Experienţa Nr. 20: 11 zile după inocalare).

pigmentar, al coroiditei, mai ales posterioare şi al nevro-papilitei cu edem retinian.

* * *

Considerând totalul cercetărilor noastre experimentale referitoare la modul în care musculatura perioculară reacţionează la BCG introdus pe cele 4 căi diferite de inoculare pe care le-am întrebuinţat (intracorneană, intracameriană, intramusculară şi intracarotidiană) putem afirma că:

1. Inocularea de BCG pe fiecare din căile indicate mai sus este capabilă să provoace manifestaţiuni miozitice perioculare, care se localizează de predilecţie pe muşchiul drept superior.

2. Miozitele perioculare provocate prin inoculările de BCG, diferă ca aspect clinic şi tablou istologic după calea de inoculare întrebuinţată.

a) Acelea care apar în urma inoculărilor intracorneene şi intracameriene trec neobservate din punct de vedere clinic, în timp ce istologic sunt caracterizate printr'o infiltraţie limfocitară lamelară, care disociază discret fasciculele musculare în segmentele lor sclerale.

b) Acelea care apar în urma inoculărilor intracarotidiene se prezintă din punct de vedere clinic sub aspectul unei congestii conjunctivale bulbare, în formă de bandă paralelă cu traectul episcleral al muşchilor şi în special cu acel al dreptului superior, cât şi al unei dislocări corespunzătoare a inelului pigmentar limbic, în timp ce din punct de vedere istologic sunt caracterizate prin apariţia unei infiltraţii limfocitare, lamelare sau nodulare, în legătură strânsă cu distribuţia anatomică a vaselor musculare, care sunt în mare parte trombozate.

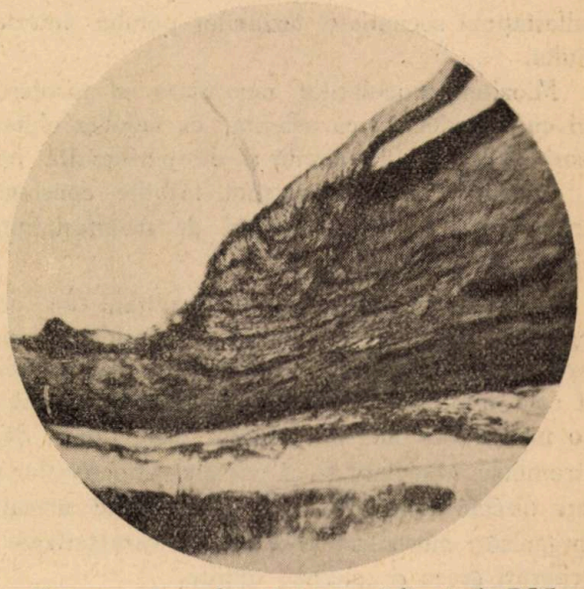


Fig. 8. — Inoculare intracarotidiană de BCG
Infiltraţie nodulară de nevro-papilită
(Experienţa Nr. 24: 28 zile după inoculare).

c) In fine, miozitele care se ivesc după inoculările directe ale musculaturei perioculare apar din punct de vedere clinic sub aspectul unor abcese musculare cu evoluţie rapidă spre fistulizare, iar din punct de vedere istologic ele copiază, cu particularităţi proprii, tabloul istologic al inoculărilor intracorneene şi cu deosebire al inoculărilor intracameriene. In acest tablou istologic miozitic distingem aceleaşi 3 faze evolutive tipice: a reacţiunei inflamatorii acute nespecifice cu formarea de abcese multiple, a reacţiunei inflamatorii cronice specifice cu infiltraţia mixtă limfocito-epiteloidă şi a involuţiei cicatriciale.

3. Durata evoluţiei manifestaţiunilor miozitice obţinute pe aceste diferite căi de inoculare ale BCG este de asemenea variată.

a) Evoluţia miozitelor provocate de inoculările intracorneene şi intracameriene este în strânsă legătură cu aceea a leziunilor aparţinând elementelor anatomice inoculate ale polului anterior al ochiului. Ele durează aproximativ 180—200 zile după inoculările pe cale corneană şi 230 zile după inoculările cameriene.

b) Evoluţia miozitelor obţinute prin inocularea intracarotidiană este mai rapidă, căci leziunile lor dispar aproximativ după 28 zile.

c) Evoluţia miozitelor obţinute prin inocularea musculară directă este de o durată aproximativă de 150 zile şi situiază astfel aceste miozite între acelea provocate de inoculările cherato-cameriene şi acelea care se ivesc după inoculările carotidiene.

4. Miozitele perioculare obţinute pe toate aceste căi de inoculare se însoţesc totdeauna de fenomene inflamatorii de vecinătate.

Miozitele cherato-cameriene apar de obiceiu ca manifestaţiuni secundare leziunilor polului anterior al ochiului.

Miozitele inoculărilor musculare se însoţesc deseori cu episclerita, cu sclerita, cu celulita obitară şi rareori cu leziuni de uveită şi de perinevrită optică.

Miozitele carotidiene sunt însoţite constant de dacrioadenite şi foarte deseori de manifestaţiuni de uveită şi de nevro-papilită.

5. Din punct de vedere al gravităţii lor pentru integritatea anatomo-funcţională a musculaturei perioculare putem spune că, miozitele cherato-cameriene sunt cele mai benigne, că miozitele carotidiene sunt de o malignitate mai accentuată, însoţindu-se deseori de tromboze vasculare şi că miozitele inoculărilor musculare directe sunt cele mai grave, fiind urmate de desorganizări musculare pronunţate, caracterizate prin degenerări grase şi scleroze întinse.

6. Toate aceste aspecte ale proceselor miozitice perioculare experimentale găsesc echivalentele lor în clinică. In adevăr, miozitele cherato-cameriene au echivalentul lor clinic în miozitele perioculare secundare afecţiunilor globului ocular, pe care unul dintre noi le-a descris în detaliu cu d-ra Dr. Rusu într'o lucrare anterioară de sinteză, bazată pe examenul istologic a 30 cazuri de afecţiuni oculare variate (panoftalmii purulente, plăgi perforante ale globului, glaucoame, iridociclite atrofiante şi alte afecţiuni generale ale globului mai puţin comune).

Miozitele inoculărilor intramusculare găsesc echivalentul lor clinic în miozitele perioculare traumatice accidentale (traumatisme variate, corpi străini) sau operatorii (strabism) şi până la un oarecare punct în miozitele secundare afecţiunilor orbitare (sifilis şi tuberculoză) şi tenoniene, ca şi în miozitele secundare neoplasmelor orbitare.

Miozitele carotidiene găsesc în fine echivalentul lor clinic în tuberculomele, gomele şi abcesele metastatice ale musculaturei perioculare.

Studiul experimental expus în articolul de faţă a căutat deci, nu numai să contureze cu precizie tabloul leziunilor oculare provocate de diferitele inoculări ale BCG, dar să şi clarifice manifestările istologice mai intime care se petrec în musculatura perioculară în cursul evoluţiei diferitelor stări patologice care se găsesc în clinică şi aceasta cu atât mai mult cu cât studiul miozitelor perioculare este abia la început, iar apariţia lor este cu mult mai deasă de cât se bănueşte.

(CLINICA OFTALMOLOGICĂ DIN CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. D. Michail)

RESUMÉ

Recherches sur les myosites périoculaires expérimentales à BCG

Etudiant au point de vue expérimental les myosites périoculaires, provoquées par le BCG en inoculations intracornéennes, intracamériennes, intramusculaires et intracarotidiennes, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes:

1. L'inoculation du BCG par chacune des voies indiquées plus haut est capable à provoquer des myosites périoculaires, se localisant de prédilection sur le muscle droit supérieur.

2. Les myosites périoculaires provoquées par l'inoculation du BCG diffèrent comme aspect clinique et tableau histologique d'après la voie d'inoculation utilisée. Les plus bénignes sont celles qui suivent les inoculations intracornéenns et intracamériennes. Vienent ensuite les myosites des inoculations intracarotidiennes et enfin celles des inoculations intramusculaires, qui sont les plus graves.

3. La durée d'évolution de ces myosites varie aussi d'après les voies d'inoculation utilisées. L'évolution des myosites qui suivent les inoculations intracornéennes et intracamériennes est la plus longue, tandis que celle des myosites qui suivent les inoculations intracarotidiennes est la plus courte. Entre les deux on doit situer les myosites qui suivent les inoculations intramusculaires.

4. Les myosites expérimentales périoculaires s'accompagnent toujours de phénomènes inflammatoires de voisinage.

5. Au point de vue du pronostic les myosites kératocamériennes sont les plus bénignes. Vienent ensuite les myosites carotidiennes et les myosites des inoculations intramusculaires, qui sont les plus graves.

6. Toutes les myosites expérimentales périoculaires provoquées par le BCG trouvent leur équivalent dans la clinique.

ZUSAMMENFASSUNG

Untersuchungen über die experimentellen Myositis periocularis durch BCG

Die Autoren haben die Myositis periocularis welche als Erscheinungen der BCG Inoculationen in Kornea, Vorderkammer, Musculus Rectus superior und Karotis studiert und sind zu den folgenden Schlussfolgerungen gekommen:

1. Die Inoculationen des BCG durch jede aus die vorgennanten Wege können zum Myositis periocularis führen, mit eine prediläkte Lokalisation an den Rectus superior.

2. Diese experimentelle Myositis periocularis sind als klinisches und histologisches Bild verschieden, nach dem gebrauchte Inoculationsweg. Die gutartigsten scheinen die welche als Erfolge der Inoculationen in Kornea und in Vorderkammer sind. Kommen nachdem die, welche als

Folge der Karotisinoculationen sind und die bösartigsten diese welche als Folge der intramusculäre Inoculationen erscheinen.

3. Die Evolutionsdauer dieser Myositiden ist auch verschieden nach dem Art der Inoculationen. Sie ist längerer für die Myositiden, welche nach die Inoculationen in Kornea und Vorderkammer kommen, und kürzer für diese welche in Folge der Karotisinoculationen erscheinen. Zwischen die beiden Myositisgruppen platzen sie sich die Myositiden der intramuskulär Inoculationen.

4. Die experimentellen Myositis periocularis begleiten sie sich immer mit entzündliche Processe der Nachbarschaft.

5. Als Prognose, sind die Kerato-Vorderkammer-Myositiden die gutartigsten. Kommen nachdem die Karotidische-Myositiden und endlich die Myositiden der intramuskulär Inoculationen welche die bösartigsten sind.

6. Für jede aus die obengennanten experimentellen periocularis Myositiden kann man in Praxis ein ähnliches klinisches Bild finden.

Hormonul folicular şi malaria

de

Prof. Dr. Cristea Grigoriu şi **Asistent Dr. Petrescu Iancu**

Problema malariei a fost şi este încă obiectul de studii pentru cercetători, pentru motivul că o serie de chestiuni sunt încă neelucidate; problema terapeutică a malariei, cu tot progresul, prezintă totuşi o serie de cazuri rezistente la terapie şi cu tendinţă la recidive. Incă din 1936, din cercetări clinice şi experimentale, ne-am ocupat cu problema întrebuinţării hormonilor şi în special a hormonului folicular în tratamentul infecţiilor, fiind de părere că terapia hormonală, ca substanţe care fac parte integrantă din organism, redând forţa şi rezistenţa de apărare a organismului respectiv, ar putea constitui terapia ideală în viitor. Intre maladiile infecţioase la care am încercat terapia cu hormonul folicular, a fost şi malaria în graviditate, care maladie survine relativ des şi după unii autori ar fi chiar redeşteptată de sarcină. Din cercetările experimentale se ştie că hematozoarul înainte de a intra în globula roşie, face un stagiu de latenţă prin celulele sistemului reticulo-endotelial.

In revista de Endocrinologie, Gynecologie şi Obstetrică din 1936 Nr. 6, am publicat primele cazuri de malarie şi sarcină tratate cu hormoni foliculari. In total, până în prezent avem 11 cazuri, dintre care ultimul a fost în tratamentul clinicei în decursul lunei Iunie a. c. Este vorba de o femeie în vârstă de 30 ani, gravidă în luna IX, care vine în clinică, din cauza că de mai bine de o săptămână are temperatură, frisoane şi se simte foarte slăbită. Antecedente heredocolaterale şi personale fără importanţă, se constată o graviditate în luna IX-a, prezentaţie craniană, fătul viu, pigmentaţie accentuată, herpes bucal, anorexie, uşoare vărsături, adinamie pronunţată, urina colorată intens (melanemie), splină, ficat normal, cord, pulmon de asemenea normale. Reacţia Wasermann negativă, examenul hematologic pune în evidenţă prezenţa hematozoarului Laveran (malarie terţiară); întreg tabloul clinic pledează pentru o formă gravă de malarie. Se administrează bolnavei în decurs de 4 zile consecutiv, zilnic câte 50.000 unităţi hormon folicular sintetic (Oestromenin), firma Merk, plus 0,1 cm^3 soluţie adrenalină 1‰. Incă dela a doua injecţie, starea generală se ameliorează; în ziua a treia frisonul nu s'a mai produs; a cincea zi dela începutul tratamentului temperatura normală, bolnava se simte din ce în ce mai bine; un nou examen hematologic după provocare cu adrenalină a dat rezultat negativ, iar a opta zi bolnava părăseşte clnica, vindecată. Revăzută după trei săptămâni, bolnava se găseşte în perfectă stare de sănătate.

Asupra modului cum hormonul folicular reacţionează asupra hematozoarului, dacă este vorba de o reacţiune specifică asupra agentului deranjându-i probabil între altele şi ciclul sexual, sau este vorba de o reacţiune de stimulare a organismului, directă, sau prin intermediul altor glande endocrine (sistem reticulo-endotelial etc.), este o problemă pe care până în prezent nu am putut-o încă elucida. Va fi de domeniul experienţelor viitoare, să vedem dacă hormonul folicular excită, sau inhibează sistemul reticulo-endotelial; iar prin cercetări experimentale la păsări, se va putea poate evidenţia dacă foliculina reacţionează alterând ciclul hematozoarului, etc. Credem totuşi că foliculina, căreia i se adaugă ca adjuvant adrenalina, ambii hormoni reacţionând asupra tonusului muşchiular, ar putea până la un punct, să acţioneze ca un mobilizator a hematozoarului din diferite rezervoare organice, (splină, ficat, etc.) deplasându-l împreună cu elementele morfologice ale sângelui în torentul circulator.

Prin terapia hormonală cu foliculină, în tratamentul malariei, credem că se deschide o cale nouă terapeutică în tratamentul multor stări patologice, rămânând viitorului să hotărască dacă terapia aplicată în malarie până astăzi, va trebui în totul, sau în parte să fie înlocuită printr'o terapie hormonală, ceea ce ar constitui cum am spus şi mai sus, terapia ideală.

(CLINICA GINECOLOGICĂ ŞI OBSTETRICALĂ CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. C. Grigoriu)

RESUMÉ

L'hormon folliculaire et la malaria

Les auteurs ont essayé la thérapie avec l'hormon folliculaire dans la malaria pendand la gravidité. Jusqu'á présent ils ont traité 11 femmes enceintes souffrant de malaria. Ils relatent une de ces observations d'une façon detaillée. Ils s'agit dans ce cas d'une femme enceinte au IX mois présentant en même temps une malaria tertiaire. On lui donne 4 jous consécutifs, chaque jour 50.000 unités d'hormon folliculaire synthétique (oestromenin-Merck), plus 0,1 cm. c. adrénaline 1‰. Aprés 5 jours la température est normale et le 8-e jour la malade sort de l'hôpital guérie.

ZUSAMMENFASSUNG

Follikulär-Hormon und Malaria

Die Verfasser haben bei Malaria zufolge Schwangerschaft die Hormon-Therapie mit Follikulär-Hormon versucht.

Sie haben bisher 11 schwangere Frauen, die an Malaria litten, behandelt. Einer dieser Beobachtungen, wobei es sich um eine Schwangere des IX — die gleichzeitig eine terziäre Malaria präsentierte — handelt, wurde ausführlich wiedergegeben. Man verabricht an 4 aufeinanderfolgenden Tagen täglich 50 000 Einheiten syntetisches Follikulär-Hormon (Oestromenin-Merck), plus 0,1 ccm Adrenalin 1‰. Nach 5 Tagen normaler Temperatur, am 8-ten Tage verlässt die Kranke die Anstalt geheilt. Drei Wochen nachher, bei der Kontrolle, befindet sich die Betreffende noch im Zustande vollkommener Gesundheit.

Meningo-mielită post vaccinală antirabică cu reacția Wassermann pozitivă în lichidul cefalo-rachidian

de

Dr. Duma Desideriu

asistent al Clinicei Neurologice

Vaccinarea antirabică, care dă rezultate atât de strălucite, reducând enorm numărul deceselor, prezintă totuşi unele inconveniente, sub formă de accidente paralitice, care pot interesa atât sistemul nervos central cât şi cel periferic.

Din punct de vedere clinic ele sunt de mult cunoscute, Gonzalés fiind primul, care le-a semnalat pentru prima dată în literatură încă în 1888. Numărul lor trecând de 500, ne abţinem de a le trece în revistă şi vom aminti numai că aceste accidente se pot prezenta sub diferite aspecte clinice cum ar fi: encefalita, mielita (adesea de tip Landry), polinevrita sau nevrita izolată (dintre nervii cranieni şi spinali mai frecvent fiind prinşi: facialul, sciaticul, cubitalului, radialul, circumflexul, mai rar motorul ocular comun, glosofaringianul, pneumogastricul, hipoglosul) şi în sfârşit sub formă complexă de meningo-mielo-encefalită.

Ele apar în 2/3 a cazurilor în timpul tratamentului către ziua 7—8-a, mai rar la sfârşitul şi excepţional câtva timp după terminarea lui. Prognosticul în general este benign în formele periferice, pe când în mielita dorso-lombară subacută mortalitatea atinge 5%, în mielita tip Landry 30%, iar în encefalită 100%.

Patogenia acestor accidente nervoase a fost şi mai este încă mult discutată, formulându-se mai multe teorii, dintre care două par a fi cele mai plauzibile şi anume că accidentele s'ar datora virusului fix din vaccin, adecă ar fi vorba de o „turbare de laborator", ori că ele sunt produse de un virus activat de stradă, pe care vaccinarea n'a avut timp să-l distrugă.

Se pare că aceste accidente sunt favorizate de diferiţi factori care diminuă rezistenţa organismului, aşa se citează anumite tare nervoase ca epilepsia, apoi traumatismul cranio-vertebral, surmenajul, frigul, unele toxi-infecţiuni cronice şi în special sifilisul şi alcoolismul.

Frecvenţa acestor accidente este foarte redusă, aşa Remlinger în raportul său la conferinţa Internaţională a turbării ţinută la Paris în 1927, a totalizat un număr de 329 accidente pe 1.164.264 persoane tratate, ceeace înseamnă un procent de 0.28 la mie, sau o complicaţie la 3508 de vaccinări.

In clinica neurologică din Cluj au fost internate 6 cazuri în intervalul dela 1920—1940, dintre care redăm două observaţiuni cu unele particularităţi nesemnalate încă în literatura medicală.

Cazul Nr. 1. Ioan P. de 40 ani, este adus la clinică în ziua de 6 V. 1928, pentru o impotenţă funcţională completă a membrelor inferioare şi paralizia sfincterelor.

Nimic de semnalat în antecedentele sale heredo-colaterale, în cele personale notăm o scarlatină în copilărie şi o gonoree la 22 ani. Neagă sifilisul. Abuzează adeseori de beuturi alcoolice. Casătorit la 28 ani, n'a avut copii, deşi soţia sa dintr'o primă căsătorie a născut 2 copii sănătoşi.

Istoricul boalei actuale: In ziua de 16 IV. 1928, fiind muşcat uşor la o mână de un câine turbat, se supune după 3 zile la un tratament antirabic, pe care îl termină fără inconveniente, primind în total XV injecţii. Dar în ultima zi de tratament îi apare o cefalee, devine indispus şi prezintă frisoane, temperatură şi constipaţie. Apar apoi furnicături prin membrele inferioare şi dureri care se întind pe coloana vertebrală până la ceafă. Forţa membrelor inferioare scade rapid, încât după 24 ore nu mai poate face cu ele nici o mişcare, fiind complet paralizate şi e incapabil să-şi evacueze urina şi fecalele Cu aceasta stare este adus la

clinică în a VI-a zi de boală, prezentând la examenul obiectiv o paraplegie flască şi completă, cu retenţie de urină şi de fecale, cu reflexele osteo-tendinoase abolite la membrele inferioare, de asemenea şi reflexele cutanate abdominale şi cremasteriene nu se produceau. Semnul lui Babinski negativ. Mai avea o anestezie masivă pentru toate sensibilităţile dela a V-a v. D. în jos. Prezintă un început de escară sacrată.

Nimic de semnalat din partea nervilor cranieni. Pupilele egale centrale reacţionau bine la lumină şi la distanţă.

Nimic de remarcat din partea organelor toraco-abdominale, afară de o limbă încărcată, abdomen foarte balonat cu timpanism dar fără puncte sensibile la palpare. Temperatura între 38—39° C., puls 116 pe minut, regulat. Psihicul nealterat.

Examinări de laborator: urina conţine puroi.

Reacţia Wassermann în sânge intens pozitivă

Puncţia lombară arată un lichid cefalo-rachidian clar, cu tensiunea uşor crescută. Reacţia Pandy şi Nonne-Apelt = opalescente, celule = 28 pe mmc, reacţia cu benzoe coloidal = 000 000 222 100-c.; reacţia Wassermann în lichid = parţial pozitivă.

Acest aspect clinic de meningo-mielită flască cu escare, a căror infecţiozitate şi progresiune la un moment dat, a periclitat chiar vieaţa bolnavului, a evoluat cronic spre o paraplegie spasmodică (contractură, reflexe osteo-tendinoase exagerate, cu semnul lui Babinski bilateral etc.), permiţându-i deplasarea cu două cârji, în care stare a şi părăsit clinica după 5 luni de internare, fără să mai avem posibilitate de a-l revedea.

Cazul II. Locotenent C. Ioan, de 34 ani, necăsătorit. Este adus în serviciul clinicei la 11 Aprilie 1940, pentru paralizie flască şi completă a membrelor inferioare şi cu turburări sfincteriene.

Antecedente heredocolaterale, fără importanţă.

Antecedente personale: la 6 ani sufere de scarlatină; la 18 ani de gonoree; la 22 ani de şancru genital, tratat numai cu câteva injecţiuni intramusculare antisifilitice. Alt tratament specific n'a făcut, întru cât reacţia Wassermann în sânge căutată în repetate rânduri a fost totdeauna negativă. La 26 ani urmează un tratament antirabic, fără nici un inconvenient; la 30 ani, în urma unui accident de automobil, sufere traumatisme multiple cu o fractură deschisă a oaselor antebraţului stâng, care s'a complicat cu erizipel. Nu este alcoolic.

Istoricul boalei actuale: In ziua de 22 Martie 1940 a fost uşor sgâriat la o mână de un căţeluş, despre care ulterior a aflat că a fost în contact cu un câine turbat. In 27 Martie începe tratamentul antirabic, prezentând deja după a 4-a injecţie indispoziţie, dureri vagi, frisoane şi temperatură, care se repetă după fiecare injecţie, accentuându-se în deosebi cefaleea. După injecţia a 8-a, s'a simţit foarte rău şi toată noaptea n'a putut dormi, având frisoane, temperatură şi transpiraţiuni intense, dar în dimineaţa următoare a continuat injecţiile şi n'a fost obligat să-şi întrerupă ocupaţiunea. Cu aceste inconveniente care se repetau cu fiecare injecţie, a terminat tratamentul, primind în total 11 vaccinări. In ultima zi de tratament, temperatura a fost şi mai mare, a transpirat abondent, având şi dureri vagi în tot corpul cât şi o rachialgie intensă şi sensaţie de răceală şi furnicături în membrele inferioare, care însă nu l-au obligat să stea la pat

La două zile după terminarea tratamentului apar turburări de micţiune, care în ziua următoare se transformă în retenţie completă de urină. Tot atunci devine şi constipat şi îşi simte membrele inferioare foarte slăbite, ca în cursul nopţii următoare să devină complet paralizat de membrele sale inferioare, având şi o sensaţie de constricţie foarte dureroasă în jurul toracelui, cam în dreptul zonei mamelonare, care îi jena mult respiraţia.

Este adus în clinică în ziua XI-a de boală, într'o stare generală foarte gravă, prezentând o paraplegie flască completă, retenţie de urină şi fecale, cu abolirea reflexelor osteo-tendinoase la membrele inferioare, reflexele cutanate abdominale şi cremasteriene dispărute, cu reflexul plantar drept indiferent şi schiţând în stânga flexiunea dorsală a degetului mare; la acest membru prin manopera lui Marie-Foix se obţine o triplă reacţiune abia schiţată. Avea şi o hipoestezie pentru toate sensibilităţile dela a IV-a v D. în jos

Pupile egale centrale cu contur regulat, reacţionează slab la lumină, mai bine la distanţă.

Nimic de remarcat din partea celorlalţi nervi cranieni.

Organele interne toraco-abdominale. Pulmonar nimic deosebit. La cord sgomotul al doilea aortic uşor accentuat. Abdomen balonat cu timpanism. Temperatura între 37,5° şi 38,5° C. Pulsul 96 pe minut. Tensiunea arterială mx = 17,5 mn = 9 V. L. Psichicul nu prezintă turburări.

Examene de laborator. Urina fără elemente patologice.

Reacţiunea Wassermann în sânge negativă.

Puncţie lombară. Lichidul clar cu tensiunea uşor crescută, reacţiunea Pandy şi Nonne opalescentă, celule = 32 pe mmc., reacţiunea cu benzoe coloidal = 222 110 010 — c. Reacţia Wassermann în lichid pozitivă.

Starea clinică s'a agravat în mod rapid, apărând crize dispneice asfixiante de tip Küsmaul foarte alarmante, încât odată numai printr'o injecţie intrarachidiană cu strichnină şi cofeină a putut fi remontat, analepticele obişnuite date din abondenţă pe alte căi, nedând nici un rezultat. După cca 10 zile prezintă anestezie completă pentru toate sensibilităţile obiective dela a VI. v. D. în jos, constipaţie rebelă încât numai injecţiile intravenoase cu peristaltin combinate cu clisme profunde fac efect, apar apoi escare extensive în părţile declive, pe urmă infecţie urinară, temperatura menţinându-se cu un caracter septic între 37°—40° C., puls între 130—140 pe minut.

Sucombă în 27 Mai 1940 după 58 zile dela primele manifestări de intoleranţă a vaccinului şi după 49 zile dela instalarea paraplegiei. Autopsia ne-a fost refuzată de familie.

In rezumat la aceşti doi bolnavi după un tratament vaccinal antirabic, se instalează o paraplegie flască, precedată de mici prodrome de o zi respective 9 zile, din care n'a lipsit nici temperatura: simptomul semnal al acestor accidente după Ionescu. Tabloul clinic a fost identic: paralizie flască totală, cu abolire de reflexe, cu turburări trofice grave, anestezie masivă şi turburări sfincteriene, realizând aspectul tipic al unei mielite infecţioase dorso-lombare, etiologia căreia din primul moment s'a pus ca fiind în raport de cauzalitate cu tratamentul vaccinal antirabic, fără să putem afirma din lipsa unui examen isto-patologic şi de inoculări dacă ea ţine de virusul fix al vaccinului sau de virusul activat de stradă. Leziunile aveau o tendinţă de extenziune spre bulb în cazul al doilea, dar moartea a survenit în urma complicaţiunilor septice, pe când primul caz a evoluat cronic, transformându-se într'o paraplegie spasmodică intensă, făcându-l un infirm.

Examenele de laborator au pus în evidenţă la amândoi în lichidul cefalo-rachidian reacţiuni pozitive pentru sifilis, fără ca ei să fi prezentat vreun simptom de asemenea natură, infecţia fiind chiar ignorată de primul bolnav, care numai prin faptul că a rămas steril în căsătorie putea fi bănuit (căci soţia sa a avut două naşteri normale cu un alt bărbat), pe când la al doilea,

scăderea reacţiei pupilare la lumină era un indiciu în favoarea acestei infecţii.

In faţa acestei reacţii pozitive în lichidul cefalo-rachidian se poate pune întrebarea dacă ea ţine de o meningo-mielită sifilitică concomitentă (având în vedere şi antecedentele cel puţin în al doilea caz), sau numai de meningo-mielita rabică, iar în aceasta din urmă eventualitate cum se explică R. Wassermann pozitivă în lichid?

Sunt cunoscute cazurile când reacţia Wassermann se reactivează în sânge prin diferiţi agenţi chimici, fizici şi biologici, ceea ce Milian explică prin mecanismul fenomenului biotropismului indirect, citând în acest sens neosalvarsanul, colargolul, bromura de radiu (Ayres), radioterapia, injecţia de lapte (Uddgren), cât şi anumite boli ca herpesul, gripa, scarlatina, febra tifoidă etc. sau vaccinarea antitifică (Conradi şi Sklareck), anticolerică (Cappeli), mai rar şi vaccinul cu baccilul Ducrey şi cum ar rezulta din aceste observaţiuni ale noastre şi după vaccinarea antirabică.

Dar noi nu putem afirma nici chiar existenţa unui sifilis nervos latent la aceşti bolnavi, lipsindu-ne examenul lichidului cefalo-rachidian înaintea tratamentului vaccinal, iar de altă parte meningo-mielita sifilitică prezintă alte caractere decât ale cazurilor noastre şi în special lipseşte temperatura iniţială (care după Ionescu este simptomul semnal al complicaţiunilor vaccinale antirabice). Afară de aceasta debutul în sifilisul spinal este precedat de o perioadă avertizoră uneori de lungă durată, în care găsim rachialgia cu excerbări vesperale semnalată încă de Charcot, cât şi faza preparalitică a lui Lamy, caracterizată prin claudicaţiunea intermitentă spinală a lui Dejerine, crampe, furnicături şi alte senzaţii bizare prin membrele inferioare, mici turburări genito-urinare, cefalee, diplopie, ameţeli, cari tradează deficitul circulator şi faza meningitică a boalei, de multe ori cu luni înaintea producerii paraliziei, deşi nu este excepţional nici debutul apoplectiform, cum se citează prin cărţi cazul lui Dejerine, care cade paralizat în timp ce alerga după un omnibus.

Dar cum interpretăm atunci aceasta reacţie pozitivă în lichidul cefalo-rachidian al bolnavilor noştri? S'ar putea pune ipoteza unei reacţii nespecifice de grup, cum de multe ori se observă în sânge după unele boli: scarlatina, meningita, rabia, tuberculoza, cancerul etc., dar prin faptul că cel puţin la unul din cazurile noastre avem siguranţa absolută a unui accident primar specific, mai probabilă pare explicarea prin admiterea unui sifilis dermotrop latent, care a fost reactivat prin vaccinarea antirabică şi cum acest tratament a dat naştere şi la o meningo-mielită post vaccino-antirabică, care alterând bariera meningeală, a permis astfel trecerea anticorpilor specifici din circulaţiunea generală în cavitatea rachidiană, de unde a rezultat apoi reacţia Wassermann pozitivă în lichidul cefalo-rachidian al acestor bolnavi.

Fapte identice ne sunt bine cunoscute. Urechia între alţii a insistat asupra B. W. pozitiv la unele tumori cerebrale, cât şi în unele cazuri de meningită tuberculoasă; la majoritatea acestor bolnavi se găsea un lues în antecedente, care a trecut în lichid în urma alteraţiunii barierei meningee. In unele cazuri publicate de Urechia, examenul microscopic arată absenţa oricărei leziuni sifilitice în sistemul nervos. Mai greu era de explicat prezenţa unui B. W. pozitiv în lichidul unor bolnavi de tuberculoză meningee sau cu tumori cerebrale, ce nu avusese lues în antecedente şi în care cazuri s'ar putea recurge între altele la simpla hipoteză, că în sângele şi lichidul acestor bolnavi s'au produs modificări biochimice (sporire de lipide), ce au modificat condiţiunile fizico-chimicale ce prezidă la reacţiunea lui Wassermann.

Noi credem în definitiv că prezenţa unei reacţiuni B. W. pozitivă în lichidul cazurilor noastre, s'ar explica prin trecerea anticorpilor specifici în lichid în urma alteraţiunii barierei meningee produsă de meningo-mielita rabică. Bineînţeles că în asemenea cazuri un examen microscopic ar fi foarte interesant şi tranşant.

(CLINICA NEUROLOGICĂ ŞI ENDOCRINOLOGICĂ
DIN CLUJ-SIBIU)
(Director: Prof. Dr. C. I. Urechia)

RESUMÉ

Méningo-miélite postvaccinale antirabique avec la réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien

L'auteur expose l'observation de deux malades avec antécédents syphilitiques qui après un traitement antirabique font une paraplégie, présentant une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien. L'auteur explique cette réaction positive dans le liquide par l'altération de la barière méningée par la méningo-miélite rabique, en permettant ainsi le passage des anticorps speciphiques de la circulation générale dans la cavité rachidienne.

ZUSAMMENFASSUNG

Meningo-Myelitis nach der antirabischen Impfung mit positiven Wassermann-Reaktion im Liquvor cerebro-spinalis

Der Verfasser teilt seine Beobachtungen von zwei Kranken mit Siphylis in der Anamnese welche nach einer antirabischen Behandlund eine Paraphlegie aufweisen, mit einer gleichzeitigen positiven Wassermann-Reaktion im L. C. S.

Der Verfasser erklärt diese positive Wassermann-Reaktion durch Schädigung der Meningen-Barriere verursacht durch Tollwut-Meningo-Myelitis, wodurch das Eindringen der spezifischen Antikörper aus der allgemeinen Blutzirkulation in den Rückenmarkskanal gestattet wird.

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA: 1 lingură de supă înaintea fiecărei mese

Depozit permanent: Drogueria Standard, Str. Sf. Ionică 8, București

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malț

Gust foarte plăcut. Îl iau cu **plăcere** și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

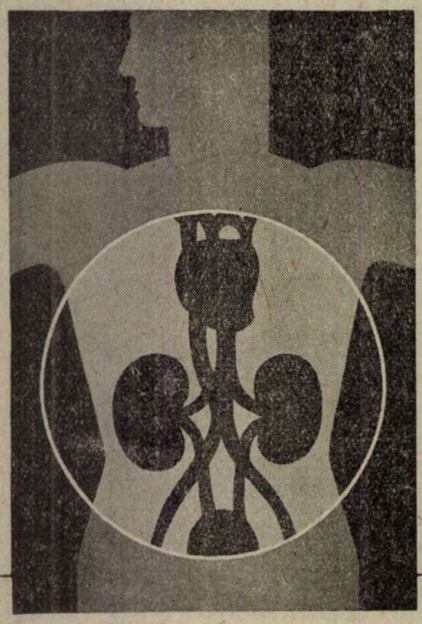
EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficace produse germane —

REPREZENTANT:

Farmacia G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S. A. R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

Probleme terapeutice

Sulfamidoterapia locală și importanța ei pentru plăgile de război

de

Conf. Dr. I. Gavrilă

Este incontestabil că prin aplicarea sulfamidelor s'a înregistrat un progres terapeutic de mare valoare în terapia bolilor infecțioase și în general a tuturor infecțiilor de orice natură. Rezultatele terapeutice obținute în tratamentul bolilor infecțioase propriu zise sunt de o valoare foarte importantă, în special în unele din ele: erizipel (streptococii), pneumonie (pneumococii), meningita cerebrospinală epidemică (meningococii), gonococii, etc.

Tratamentul general prin sulfamide al infecțiilor din domeniul chirurgiei generale (flegmoane, abcese, etc.) și din domeniul specialităților chirurgicale (otorino-laringologie, oftalmologie etc.) astăzi se aplică în mod regulat și de obicelu cu rezultate bune.

Un mod de întrebuințare relativ nou al sulfamidelor este aplicarea lor în tratamentul local al plăgilor și al diferitelor leziuni locale cu rezultate mulțumitoare. Despre rezultatul bun al acestor aplicațiuni locale ne-am convins și personal de nenumărateori în plăgile chirurgicale infectate, ce le-am avut adesea sub observație în serviciul nostru de contagioși. In toate aceste cazuri pe lângă un tratament general cu sulfamide am executat în mod regulat și o aplicare locală de preparate sulfamidate.

Unii chirurgi aplică astăzi în mod regulat sulfamidoterapia locală în plăgile de război, care poate modifica conduita terapeutică de pe acum în aceste împrejurări. Având în vedere importanța acestor probleme am crezut util să dăm câteva date în această privință din literatura medicală recentă. Deja sunt destul de numeroși autorii care s'au ocupat cu aplicarea locală a sulfamidelor, între care citâm pe următorii: *Brunner, Soehring, Nitti, Schläpfer, Sägesser, Bosse, Jäger, Brown, Schneider, A. Jentzer, R. Madjoub.* In literatura românească *Prof. Dr. Dumitrescu-Mante* într'un articol recent din România Medicală (Nr. 15—16/1941) se ocupă și de aplicare externă a sulfamidelor în cadrul unui articol general despre sulfamidoterapia în infecțiile de război. După toți acești autori ne permitem a face această scurtă dare de seamă.

Aplicarea locală a sulfamidelor se poate face sub formă de pudră, soluție și pomadă, aceasta după aspectul leziunei locale și după autori.

A. Jentzer și R. Madjzoub utilizează foarte mult sulfamidoterapia locală în chirurgia de război, făcând uz de preparatul chemotherapeuticum 4029 Hoffman—La Roche, în care partea sulfamidică este de 10% din corpul total. Au întrebuințat preparatul sub formă de pudră până acum în 225 de observațiuni, pe care le clasifică în modul următor:

A. *Plăgi cu sutură primitivă,* între care sunt: *a)* plăgi accidentale, *b)* plăgi prin glonte, *c)* fracturi deschise recente.

B. *Plăgi cu sutură primitivă întârziată,* între care sunt: *a)* plăgi prin explozie de bombe, grenade, etc., *b)* plăgi prin smulgere, *c)* plăgi prin mușcătură.

In plăgile accidentale se face întâi desinfectarea marginilor și împrejurul plăgii cu alcool iodat, spălături cu ser fiziologic, se extrag corpii străini și eschilele osoase, se face hemostază perfectă. După această toaletă minuțioasă se introduce în plaga 5—15 g. chemotherapeuticum, care este complet indolor. In majoritatea cazurilor drenajul nu este necesar. Se suturează primitiv, ca și când ar fi vorba de o plagă operatorie, numai îngrijirea postoperatorie va fi redublată. Dacă sutura se desface, se aplică mai departe pudră de sulfamidă local și se obține de obicelu astfel o ameliorare repede, ceea ce permite apoi o sutură primitivă întârziată. Firele se scot în a 4—7-a zi. Autorul obține astfel rezultate foarte bune, vindecări per primam, totuși să nu se uite că un microb rezistă mai mult sau mai puțin la acțiunea sulfamidelor. Sulfamidele inhibă vitalitatea microbilor și permit astfel fagocitelor să-și desvolte activitatea lor în întregime.

In plăgile în seton prin glonte autorul a procedat la fel, aplicând sulfamida atât în plagă cât și în orificiul glontelui cu rezultate satisfăcătoare.

In fracturile deschise datate de 10—20 ore după curățirea plăgii și repunerea fracturii, introduce local sulfamidă și face o sutură primitivă. La fel procedează și *Jensen, Srud și Nelson,* care iarăși aplică sulfamidele în fracturile deschise, introducând 5—15 gr. din preparat și închizând prin sutură primitivă cu rezultate mulțumitoare.

După *Jentzer* în unele cazuri administrarea sulfamidelor pe cale bucală și intravenoasă este un adjuvant prețios al tratamentului local, mai ales în rănile mai vechi de 12 ore. Se va da la început 1,5 g. apoi tot la 4 ore 1 g. Se continuă tratamentul timp de 5—6 zile, sau mai mult dacă persistă temperatura. Acest autor aplică calea intravenoasă în cazuri cu vărsături

şi în cazuri de comă. Autorul de altfel a demonstrat prin determinări sangine ale concentraţiei în sulfamide eficacitatea mai mare a căii de administrare intravenoasă faţă de cea bucală.

In plăgile prin armă de foc adesea este vorba de răniri grave, acompaniate de stări de şoc importante. In aceste cazuri *Jentzer* recomandă de a trata mai întâi de toate starea de şoc prin analeptice, ser glucozat intravenos, transfuzii, etc. Plăgile acestea sunt neregulate, pline cu corpi străini (pământ, resturi de haine, proiectile, etc.), adesea sunt foarte profunde. Prezintă toate condiţiile locale favorizante pentru izbucnirea unei infecţii anacrobe

Indată ce rănitul s'a restabilit din şoc, va trebui curăţită complet plaga de corpurile străine. Intreagă plaga va fi pudrată cu sulfamidă, însă nu se va sutura. In zilele următoare bazaţi pe examenul bacteriologic şi starea plăgii, vom face încă 1—2 ori aplicări locale de 5—10 g. de sulfamidă, mai ales dacă sunt prezenţi streptococi şi perfringens. Se vor da sulfamide şi pe cale bucală. Indată ce plaga va fi aseptică şi va avea un aspect mai bun se va încerca sutura primitivă întârziată, în caz de lipsă cu grefe musculo-cutanate.

In plăgile prin smulgere, care sunt provocate mai des de accidente de travaliu şi care interesează mai des membrele superioare, aplicarea locală a sulfamidei poate împiedeca întinderea unei infecţiuni.

Şi în plăgile prin muşcături de animale poate fi utilă sulfamidoterapia locală.

Jentzer arată prin examinări sangvine, că sulfamida se resoarbe la nivelul plăgii în mod satisfăcător. Rezorbţia la nivelul unei plăgi, este cu atât mai redusă, cu cât plaga este mai veche şi aceasta pe lângă toată aplicarea zilnică a sulfamidei.

Jäger aplică local prontosilul alb în soluţie de alcool-acetonă în părţi egale şi pomadele cu prontosil. El a observat bune rezultate, mai ales în afecţiunile de natură stafilococică şi streptococică ale pielii.

E. Schneider aplică local preparatul mesudin-promtalbin. In alegerea acestui preparat autorul s'a condus pe lângă acţiunea antianaeroblană a mesudiei şi de faptul că încercările experimentale au arătat, că prontalbina în aplicări locale se absoarbe foarte bine. Maximum de concentraţie se prezintă la 8—12 ore după aplicare, scăderea acestei concentraţii se face numai încet şi după 48— 60 ore este terminată eliminarea.

Autorul aplică local pudra de mesudin-prontalbin, observând în acelaşi timp toate regulile chirurgicale de până acum. De exemplu un flegmon este deschis în mod obişnuit, apoi întreagă suprafaţa plăgii se presară cu pudră de sulfamidă şi în caz de lipsă se aplică dren de gumă sau meşe. La fiecare schimbare de pansament se reînoieşte presărarea plăgii cu pulbere de preparat. In cazuri de traecte fistuloase se îmbibă o meşe în soluţie de această pulbere sau însăşi meşea este presărată cu pudră, care apoi se introduce în fistulă. Artritele supurate sunt evacuate prin puncţie şi se introduce în ele soluţie de pudră. Autorul a tratat astfel 150 bolnavi cu rezultate foarte favorabile.

N'a observat niciodată fenomene de iritaţie locală. Asupra pielii pudra de mesudin-prontalbin are o acţiune desicantă. Doza nu joacă mare rol, se pot aplica cantităţi de 2—20 g., în raport cu întinderea plăgii, ţinându-se acelaşi rezultat. Nu se observă niciodată reacţiuni generale, pe lângă toată rezorbţia locală însemnată de preparat.

Autorul crede că este inutil de a administra sulfamidele simultan cu aplicare locală şi pe cale bucală sau parenterală, uneori această dublă administrare poate fi chiar dăunătoare.

Făcând controlul bacteriologic în timpul tratamentului se constată o dispariţie rapidă a bacteriilor sub influenţa acestui tratament, în acelaşi timp secreţia purulentă iarăşi dispare destul de rapid.

P. Bosse şi *I. Bosse* care au poate cea mai mare experienţă în Germania, în această privinţă, cred că prin aplicarea locală a sulfamidelor este dată posibilitatea de a ajunge la focarul infecţios o doză mult mai activă de medicament, decât prin calea sangvină. In acest fel este posibil de a influenţa agenţi infecţioşi, care de altfel ar fi complet înapoi acţiunii medicamentului. Sulfamidele aplicate local se absorb lent astfel că s'ar putea vorbi de o acţiune-depot a acestor substanţe. Sulfamidele satisfac condiţia generală a chimioterapiei, în sensul ca acţiunea lor bacteriologă să fie superioară acţiunei lor organotrope. Mai active par a fi sulfamidele pure şi nu acele asociate cu alte substanţe chimice. Aceşti autori au aplicat următoarele preparate de sulfamide local: prontosil-rubrumlactoză după ordonanţa următoare:

Rp. Prontosil rubr. 20,0, Mesudin 5,0, Laccar lact. ad. 100,0. In doză de 5—10 gr., uneori şi mai mult, introdus în plăgi.

Altă combinaţie de prontosil utilizată de autori este: Rp. Prontosil rubr 3,0, Acetonă 34,0, Alcool 90% 62,0, Glicerină 1,0. Această soluţie are toate indicaţiile soluţiei de iod.

In cavităţile seroase au aplicat mai ales prontosilul solubil în soluţie (5—20 cc.).

Ca ungvent au utilizat pasta de uliron 5%, aplicată mai ales în tratamentul panariţiilor şi a curbunculilor.

Se mai aplică de către alţi autori sulfamidele solubile pe cale locală în articulaţii, în buboane fistulizate (pudră şi meşe în soluţie sau în pudră) în bartolinite, în infecţiuni locale ale nasului sau ale urechii etc.

Personal am avut ocaziunea să indic şi să observ aplicarea locală a sulfamidelor mai ales în diferite abcese şi flegmoane erizipelatoase, care au fost internate

în serviciul de contagioşi al Spitalului Public Sibiu. Am aplicat în scopul terapiei locale mai ales preparatul exoseptoplix (1162 F) sub formă de pudră şi de soluţie. Plăgile au fost presărate cu pudră cu ocazia schimbării fiecărui pansament sau meşa a fost impregnată cu această pudră. Sub formă de soluţie am utilizat acest preparat mai ales în gargarisme pentru amigdalite (o lingură de soluţie în un pahar de apă) sau pentru instilaţiuni în otite şi rinite. Se pot face şi badijonări locale ale mucoaselor inflamate cu un tampon înmuiat în soluţie de septoplix.

In ulcere şi eczeme care des sunt punctul de plecare al erizipelelor recidivante, am aplicat adesea local preparatul dermoseptazină, o pomadă cu 5% p. aminobenzen-sulfamidă, făcând aplicări locale zilnice cu acest preparat. Adesea se înregistrează cu acest tratament local de sulfamidă vindecarea acestor leziuni cutanate, care deja durau de multă vreme.

In pleureziile purulente este indicată aplicarea locală a sulfamidelor, pentrucă aci există o producere de falşe membrane pe pleure, care diminuă permeabilitatea pereţilor pleurali pentru aceste preparate sulfamidate. După puncţie evacuatoare se pot injecta local în fiecare zi 1—2 g. (timp de 3—5 zile) din preparatul 693, diluând preparatul înainte de introducere.

Este mult discutată încă problema, dacă este necesară aplicarea sulfamidelor pe cale intrarachidiană, deci o aplicare locală în meningite, deoarece s'a constatat, că sulfamidele traversează uşor bariera meningeală. Această cale de administrare este justificată mai ales în cazurile, care par puţin influenţate prin tratamentul bucal sau intramuscular. In acest scop se poate aplica septoplixul (1161) 0,85% administrând după vârstă şi după gravitate 0,08 (10 cmc.) — 0,25 g. (30 cmc.); soluseptazina 6% sau de 3%: 0,15 g. (5 cmc.) — 0,60 g. (20 cmc.).

Probleme sanitare şi de ocrotire

Vlaga satului Văcăreni

de

Dr Ion Frăţilă

Astăzi când străbatem vremuri destul de grele şi oarecum hotăritoare în ale viitorului nostru de neam, întrebător ne oprim şi căutăm a întrezări cam ce ne aşteaptă, care este soarta şi firul nostru de vecuire şi vieţuire ca neam, busola. Indreptarul nostru în ale viitorului îl aflăm în registrele stării civile cu mişcarea populaţiei, că neamul — prin număr — vine din trecut şi străbate în viitor peste vremelnicia prezentului cu ale sale dâre de şubrede „graniţe" impuse nouă azi.

Venit de pe graniţa de Vest — din Arad — şi concentrat la graniţa de Răsărit a ţării — Văcăreni, Judeţul Tulcea — caut să văd acest sat pur românesc cum stă cu: natalitatea, mortalitatea generală, care ne dau excedentul natural, adică adaosul anual de populaţie şi fără doar şi poate ne interesează şi mortalitatea infantilă, adică prăpădul printre copiii de sân, care toate împreună oglindesc mişcarea şi sănătatea populaţiei.

Natalitatea

Prin natalitate se înţelege numărul copiilor născuţi vii, raportat — împărţit — cu numărul populaţiei — locuitorilor — dintr'o localitate, dintr'o ţară oarecare.

Satul Văcăreni avea o populaţie de 2476 locuitori la 1 Ianuarie 1941, Văcărenii face o comună cu satul Garvăn, care la 1 Ianuarie 1941 avea 1337 locuitori, adică comuna Văcăreni-Garvăn avea în total 3813 locuitori la 1 Ianuarie a. c.

Din registrele aflate la Primărie, reiese că în ultimii 20 de ani — datele de dinainte de războiu lipsesc, fiind distruse în timpul războiului mondial — în comuna Văcăreni-Garvăn s'au născut 2506 copii şi au fost 1012 decese, adică un adaos de populaţie de 1494 locuitori dela războiu încoace. Dela acest prim calcul ne dăm seama că aceste sate au o populaţie în plină vlagă şi putere de vieaţă de neam, numărul născuţilor faţă de al morţilor este mai mare ca de două ori şi adaosul de populaţie este de tot frumos şi imbucurător pentru oricare binevoitor al acestui neam.

Când vrem să ne dăm seama cu adevărată judecată cam de ce ne aşteaptă în viitor, creşterea sau descreşterea naţiei noastre ca număr, nu ne putem însă mulţumi numai cu atât ci vom căuta să ne dăm seama de cum merge cu sporul de populaţie pe timp mai îndelungat şi cam ce trebue să facem pentru îndreptarea eventual a unor cauze dăunătoare sporului de populaţie şi deci periculoasă vecuirei neamului, pentru care motiv am întocmit şi eu tabelul alăturat (Tabelul Nr. II), cu datele de pe cei douăzeci de ani după războiul mondial, pentru a ne da seama de cum stăm în acest sat în raport cu celelalte regiuni ale ţării, după cum din tabelul Nr. I alăturat, ne dăm seama de cum stăm cu

mişcarea populaţiei ţării noastre în raport cu celelalte ţări ale Europei, de după războiul mondial şi înaintea actualului război.

Am spus că sub natalitate se înţelege numărul născuţilor vii raportaţi la populaţia respectivă şi se face această împărţire pentrucă nu tot una este ca să se nască anual 100 copiii la 3000 locuitori cu aceea că se vor naşte numai 100 copii la 6000 locuitori.

Din tabelul Nr. 2 dacă adăugăm datele din coloana Nr. VI adică natalitatea şi împărţim la 20 — numărul anilor — căpătăm cifra de 42,5 adică în cifră medie natalitatea în aceste sate este de 42,5 în ultimii 20 ani. Aceasta este o cifră foarte frumoasă şi îmbucurătoare, însemnează că în satele Văcăreni-Garvăn natalitatea întrece media pe ţara întreagă care în medie este cam de 37,0, cu toate că ţara noastră ocupă loc de frunte ca natalitate între ţările Europei, cum se vede din tabelul Nr. 1.

Făcând aceeaşi judecată de mai sus, adică media pe timp de 20 ani pentru coloanele Nr. VII, VIII şi IX adică pentru mortalitatea generală (col. VII), excedentul natural (col. VIII) şi mortalitatea infantilă (col. IX) vom vedea că cu mortalitatea generală adică cu numărul total al morţilor raportat la numărul locuitorilor (col. VII) şi cu excedentul natural (col. VIII) adică cu numărul total de adaus de locuitori reportat la numărul total de populaţie socotind la mia de locuitori constatăm că satele noastre Văcăreni şi Garvăn, faţă de media pe ţara noastră întreagă de asemenea stau foarte bine, avem mortalitatea generală în aceste sate de 17,3, ea este mai mică decât media pe ţară care este obişnuit în jurul cifrei de 18 la 1000, iar ca urmare a natalităţii mari şi mortalitate mică, ca urmare excedentul natural este iarăşi foarte frumos în aceste sate fiind de 25,3 la mie de locuitori faţă de 12 la mie cât este media în ţară.

Mortalitatea infantilă

Dacă luăm bine seama la tabela Nr. I, care înfăţişează starea de sănătate şi putere de vieaţă în viitor a naţiunilor din Europa, vedem că noi ocupăm loc de frunte cu numărul născuţilor la mia de locuitori, dar dacă cu natalitatea ocupăm loc de frunte, din nefericire nu ne putem lăuda la fel cu excedentul natural, adică cu numărul cu care născuţii întrec morţii calculat la mia de locuitori ci suntem întrecuţi de ţări care au o natalitate mai mică decât a noastră.

Care este cauza? Dacă luăm seama la col. Nr. IX la mortalitate infantilă din tabela Nr. 1 vedem că ţara noastră, are o foarte mare întâietate în ce priveşte mortalitatea infantilă îndepărtându-se mult de ţările care urmează. Avem noi o mare natalitate, o mare vigoare

Tabel Nr. I

Mişcarea populaţiei în ţările Europei între anii 1934—1938*)

Numărul curent	Numele Ţării	Date medii pe anii 1934—1938				Natalitatea					Mortalitatea infantilă				
		Natalitatea	Mortalitatea generală	Excedentul natural	Mortalitatea infantilă	1934	1935	1936	1937	1938	1934	1935	1936	1937	1938
		VI	VII	VIII	IX										
1	România	31,0	19,8	11,2	18,2	32,4	30,7	31,5	30,8	29,6	18,2	19,2	17,5	17,8	18,3
2	Jugoslavia	29,5	16,4	13,1	14,3	31,5	29,8	28,9	27,7	*	15,0	14 4	13,7	17,1	*
3	Grecia	28,5	15,1	13,4	11,5	31,2	28,3	28,3	20,4	*	11,2	11,3	11,4	12,2	*
4	Spania	25,9	15,7	10,2	11,1	26,2	25,6	*	*	*	11,3	10,9	*	*	*
5	Polonia	25,7	14,1	11,6	13,7	26,5	26,1	26,2	24,9	24,4	14,1	12,7	14,1	13,6	14,0
6	Bulgaria	25,7	10,7	15,0	14,5	30,1	26,3	25,7	24.0	22,4	13,1	15,4	14,4	15,0	14,4
7	Italia	23,2	13,8	9,4	10,2	23,5	23,4	22,4	22,9	23,6	9,9	10,1	10,0	10,9	*
8	Ungaria	20,6	14,5	6,1	14,1	21,9	21,2	20,4	20,2	19,5	14,8	15,2	13,9	13,4	13,4
9	Finlanda	19,4	13,1	6,3	16,9	19,1	19,6	19,2	20,2	*	7.3	6,7	6,6	6,9	*
10	Germania	18,8	11,5	7,3	6,5	18,0	18,9	19,0	18,8	19,7	6,6	6,9	6,6	6,4	6,0
11	Cehoslovacia	17,7	13,4	4,3	12,4	18,7	17,9	17,4	17,2	17,6	12,8	12,3	12,4	12,2	*
12	Belgia	15,5	12,8	2,7	7,7	16,0	15,4	15,2	15,3	15.6	7,6	7,7	7,9	8,0	7,5
13	Suedia	15,1	11,7	3,4	4,4	13,7	13,8	14,2	14,3	14,9	4,7	4,6	4,3	4,6	4,1
14	Franţa	15,1	15,3	0,2	6,7	16,2	15,3	15,0	14,7	14,6	6,9	6,9	6,7	6,5	6,6
15	Norvegia	14,9	10,2	4,7	4,1	14,6	14,4	14,6	15,3	15,8	3,9	4,4	4,2	4,1	*

*) Date după anuarul statistic al Societăţii naţiunilor Geneva din Breviarul Statistic al României 1940 al Institutului Central de Statistică, Bucureşti.

Tabel Nr. II

Mişcarea populaţiei în satele Văcăreni-Garvăn jud. Tulcea, anii 1921—1940

Anul	Populaţie	Născuţi	Morţi	Diferenţa (II-III)	Morţi sub 1 an	Natalitate	Mortalitate generală	Excedent natural	Mortalitate infantilă	Observări
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
1921	2319	93	44	49	14	40,1	18,6	21,1	15,0	
22	2368	92	65	27	22	38,9	27,4	11,4	24,0	
23	2395	107	40	67	18	44,7	17,1	28,5	16,8	
24	2462	117	64	53	29	47,5	25,9	21,5	25,6	
25	2515	106	42	64	10	42,2	16,7	25,4	9,4	
26	2579	117	56	61	21	45,2	21,7	23,6	18,0	
27	2640	111	53	58	18	42,0	20,0	23,5	16,2	
28	2698	133	41	92	19	49,3	15,2	34,4	14,3	
29	2790	133	50	83	21	47,7	18,0	29,7	15,8	
1930	2873	117	45	72	16	40,8	15,7	25,0	13,7	
31	2945	158	39	119	15	53,6	13,2	40,4	9,4	
32	3064	129	50	79	25	42,2	16,3	25,7	19,4	
33	3143	139	42	97	4	44,2	13,4	30,7	17,3	
34	3240	135	43	92	22	41,4	13,2	28,4	16,3	
35	3332	136	27	109	10	40,8	8,1	32,7	7,4	
36	3441	132	42	90	18	38,4	12,2	26,1	13,6	
37	3531	152	64	88	24	43,5	18,1	24,9	15,8	
38	3619	142	71	71	17	39,2	19,6	19,6	12,0	
39	3690	125	67	58	16	33,9	8,2	15,7	12,8	
1940	3748	132	67	65	23	35.2	17.9	17,3	17,4	

naţională, dar avem şi o foarte mare, chiar prea mare mortalitate infantilă, de unde explicaţia că ne iau înainte cu excedentul natural multe dintre ţările care au natalitate mai mică.

Ce este mortalitatea infantilă?

Sub mortalitatea infantilă se înţelege numărul copiilor morţi sub un an dintr'un an oarecare raportat la numărul născuţilor din acel an.

In anul 1921 în satele Văcăreni-Garvăn avem 93 născuţi vii în acelaşi an avem 14 copii morţi sub vârsta de un an, însemnează ca împărţind numărul morţilor sub un an cu numărul născuţilor şi înmulţind cu 100, că *mortalitatea infantilă se socoteşte la suta de născuţi vii,* aflăm că în anul 1921 în satele Văcăreni-Garvăn mortalitatea infantilă a fost 15,0 la 100 de născuţi vii.

In timpul ultimilor 20 ani în satele Văcăreni-Garvăn stau bine faţă de media pe ţară care în mod obişnuit este de 18 la 100 de născuţi vii, fapt care ne explică excedentul de 25,3 la 1000 care a fost în aceste sate în ultimii 20 ani.

De ce mor copiii? Fiind în acest sat şi văzând modul de vieaţă al acestor oameni şi constatând că stau aşa de bine cu sporul de populaţie şi au o aşa de mică mortalitate infantilă — mică ceva relativ faţă de cea foarte mare în ţara noastră, — şi cum copiii din acest sat nu au o mai bună îngrijire decât cei din alte părţi, mă face să cred că la noi în ţară clima, verile foarte călduroase sunt cele care strică în primul rând copiilor în special dând diareea atât de periculoasă în unele părţi ale ţării.

Spun cele de mai sus, că are o deosebită însemnătate clima în mortalitatea infantilă bazat pe faptul că în Văcăreni-Garvăn cu toate că se găsesc foarte puţine vaci cu lapte, deci mijlocul cel mai bun de a îngriji cu alimentul cel mai apropiat copilul venind în rândul al II-lea după sânul mamei, când mama nu poate alăpta sau după ce-l înţarcă, nu prea este lapte în aceste sate şi totuşi în lunile de vară nu mor copii mai mulţi decât în alte luni ale anului, aceasta pentrucă satele fiind pe malul Dunării, vara au o climă destul de răcoroasă.

Unde clima, unde verile sunt prea călduroase acolo mamele trebue să fie cu mai multă băgare de seamă cu îngrijirea copilului, să nu-l înţarce vara şi să fie foarte atente la îngrijirea lui cu mâncare.

Să ne îngrijim copiii mici că prin natalitatea mare am răzbătut toate vremurile grele şi ea este şi va fi nădejdea zilelor de mâine.

Probleme sociale

Leprozeria din Tichileşti

de

Dr. Liviu Modran

II

Istoricul leprozeriei mi-a fost destăinuit de un bătrân agent sanitar.

Prin anul 1904 pe locul leprozeriei era o mânăstire de călugări lipoveni, care având o purtare obrasnică despre care s'au sesizat şi autorităţile, prefectul din acea vreme Niţescu i-a desfiinţat şi-a încredinţat paza unui custode.

In 1908 a fost mutată Leprozeria din Răchitoasa Judeţul Muscel în clădirile vechei mânăstiri lipovene; atunci au fost aduşi la Tichileşti 35 de leproşi.

In timpul războiului mondial în 1916, Bulgarii au distrus totul, au dat foc la locuinţe, unii dintre leproşi au fugit, iar pe alţii pe cari i-au prins i-au omorît.

După războiu s'a înfiinţat o leprozerie la Lărgeanca în Basarabia, în localurile unui vechiu spital rusesc.

In 21 Noemvrie 1929 Leprozeria din Lărgeanca a fost mutată la Tichileşti, fiind aduşi 85 de leproşi.

Conducătorul leprozeriei a fost atunci Dr. Sapuşnik. De atunci a urmat un şir întreg de doctori, mai fiecare a stat numai câte un an: Dr. Sonda Mihail, Dr. Mălăcescu, Dr. Tulcinschi, Dr. Stavila, Dr. Mălăcescu din Isaccea pentru a doua oară, iar dela 1 Decemvrie 1937 Dr. I. Ţibuleac.

Din punct de vedere al amenajărilor ştiinţifice leprozeria lasă foarte mult de dorit, nu există nici cel puţin un microscop, cât despre laborator nici nu poate fi vorba.

In total se află în leprozerie 154 de bolnavi. Repartizaţi pe sex sunt 83 de bărbaţi şi 71 de femei. Din punct de vedere al repartizării pe sex, numărul procentual al bărbaţilor e mai mare ca cel al femeilor, fără a atinge însă axioma susţinută de Victor Heiser, după care numărul bărbaţilor în leprozerii ar fi dublu faţă de cel al femeilor.

Din punct de vedere al repartizării pe naţionalităţi sunt 86 de Români şi 68 de Ruşi. Nu am găsit niciun Ţigan, deşi în marele tratat despre lepră al lui Victor Klingmüller, lor li se atribue un mare rol în propagarea infecţiunii în ţara noastră, autorul spunând: „Condiţiunile în România sunt specifice, căci pe lângă marea masă de plugari se află şi Ţiganii, un popor foarte neliniştit, vagabondând din loc în loc şi trăind în condiţiuni igienice foarte rele, care sigur că joacă un mare rol în răspândirea leprei".

Din punct de vedere al repartizării geografice, avem în ţară 2 focare principale ale infecţiunii: 1. unul în regiunea Deltei Dunării şi 2. altul în regiunea Subcarpatică. In Statistica lui Babeş din 1908 pe un număr de 338 de cazuri de lepră, cele mai multe erau tot din regiunea Sudcarpatică şi din Delta Dunării.

Din Ardeal, un singur caz a fost internat în leprozerie în 1932 şi anume G. A. din judeţul Sibiu, dar şi această bolnavă locuise mult timp în Vechiul Regat. Acelaşi lucru îl relatează şi Victor Babeş despre cazurile de lepră din Ardeal identificate de el, a căror sursă de infecţiune a fost totdeauna în Vechiul Regat.

Repartizat numărul cazurilor de lepră pe regiuni şi judeţe, situaţia reiese clar din următorul tablou:

Regiuuea Deltei Dunării		Regiunea Subcarpatică		Alte judeţe limitrofe	
Judeţul	N-rul leproşilor	Judeţul	N-rul leproşilor	Judeţul	N-rul leproşilor
Ismail	42	Vâlcea	21	Constanţa	7
Tulcea	32	Argeş	14	Vlaşca	3
		Prahova	8	Brăila	3
		Gorj	6	Dolj	1
		Mehedinţi	6	Teleorman	1
		Muscel	5	Ilfov	1
		Dâmboviţa	2	Cetatea Albă	1
				Hotin	1
Total	74	Total	62	Total	18

Din această statistică vedem că aproape jumătate din cazuri, anume 74, provin din cele 2 judeţe din Delta Dunării: Ismail şi Tulcea; iar 62 din ele din Regiunea Subcarpatică. Câteva cazuri disparate provin din alte judeţe limitrofe acestor regiuni, aparţinând următoarelor provincii: Muntenia, Oltenia, Basarabia şi Dobrogea.

E de remarcat faptul că nu găsim niciun caz din Transilvania, Moldova şi Bucovina.

In decursul anului 1938 au murit 13 bolnavi. Lepra este o boală prin excelenţă, cronică; cazurile cu evoluţie rapidă sunt excepţionale, cei mai mulţi leproşi trăiesc ani îndelungaţi, în mijlociu 10 ani; durata boalei şi deci a vieţii leprosului oscilează însă între cifrele extreme 1—30.

Acum 50 de ani, la 100 de leproşi dintr'o leprozerie mureau într'un an 30, deci aproape 1/3. Actualmente graţie progreselor medicinii şi igienei, mor într'un an 8—10%. De multeori moartea lor nu e cauzată direct de lepră, ci de o altă boală suprapusă: tuberculoză pulmonară, boli ale rinichiului, supuraţiuni etc. La copiii leproşi mortalitatea e de 3 ori mai mare, decât la adulţii leproşi.

In privinţa vârstei bolnavilor, în leprozerie sunt aproape numai adulţi, având mai toţi faţa îmbătrânită de boală. Aprecierea vârstei leproşilor de altfel după fizionomia feţei e foarte grea, dacă nu chiar imposibilă; — mi-aduc aminte de o femeie a cărei vârstă eu o apreciam la 60 de ani şi spre surprinderea mea am aflat că era numai de 30 de ani.

In leprozerie se aflau 3 băieţi şi o fetiţă de 12 ani şi un băiat de 13 ani. Afară de aceştia mai era un copilaş de 5 ani şi o fetiţă de 3 ani. Fetiţa, care se numia Vera, se născuse în leprozerie, părinţii ei erau 2 leproşi basarabeni din Ismail, ea era complet indemnă de orice leziune leproasă. In faţa acestui copilaş nevinovat, mi-am pus întrebarea: dacă statul n'ar avea obligaţia să îndepărteze imediat pe noul născut din mediul familiar infecţios, întreprinzând în această direcţie o operă asemănătoare metodei preconizată de Grancher în tuberculoză, sau dacă această operă i s'ar părea prea costisitoare şi incomodă, cel puţin să preconizeze o sterilizare a leproşilor, ca ei să nu poată avea descendenţi al căror cântec de leagăn să fie ursita acestei nemiloase boale.

Cel mai uşor se contractează lepra în timpul copilăriei; ea poate fi depistată la copilaşi de 2 ani, dar în general ea se manifestă pe la 3 – 4 ani. Probabil că contaminarea se datoreşte contactului strâns între părinţii leproşi şi copiii lor. Statisticele arată că jumătate dintre copii vor contracta boala, dacă nu vor fi separaţi de mama lor înainte de a avea 6 luni.

Faţă de problema descendenţilor din părinţi leproşi, s'au preconizat trei soluţii:

1. Separarea completă a bărbaţilor leproşi de femeile leproase. Dorinţa de a aplica această măsură într'o leprozerie era să-l coste pe Victor Heiser vieaţa. Voind să separe pe bărbaţi de femei, Heiser a voit să le convingă pe femei printr'un discurs despre necesitatea acestei măsuri. La un moment dat, una dintre leproase a strigat: „Să-l omorâm!"; şi deodată s'au îndreptat spre el zeci de ploiere spre a-l străpunge, sub această ameninţare el a fost nevoit să renunţe la această hotărîre şi să le promită solemn că nu le va separa.

Interzicerea căsătoriei leproşilor cu cei sănătoşi e simplă şi nici nu se pune din punct de vedere practic. Interzicerea căsătoriei legale între leproşi, duce la porcrearea de copii nelegitimi şi prin aceasta nu s'a soluţionat nimic.

2. Unii leprologi printre care şi Gminder sunt de părere, când ambii soţi sunt leproşi, trebue evitată procrearea de descendenţi prin sterilizare.

3. Faţă de primele 2 măsuri, care sunt negative, ambele tinzând la înlăturarea procreării, cea de a treia e pozitivă şi are cei mai mulţi partizani.

In Culion (Insulele Filipine), unde se află cea mai mare leprozerie din lume, având 5500 de leproşi, copiii sunt lăsaţi până la 6 luni, pe urmă sunt plasaţi într'un leagăn (mursery) în apropierea leprozeriei; aci stau 2 ani. Cei cari în acest timp devin leproşi, sunt redaţi părinţilor în leprozerie, unde sunt trataţi; ceilalţi după 2 ani sunt plasaţi într'o colonie de copii la Welfarevile aproape de Manilla, unde sunt urmăriţi de aproape.

Victor Heiser a constatat în Leprozeria Molokai (Insulele Hawai), că ereditatea nu joacă un rol aşa de mare în transmisiunea leprei. In această insulă, puţine zile după naştere, copiii sunt transferaţi la Honolulu, în stabilimente speciale, unde fetiţele şi băieţii sunt crescuţi separaţi până la vârsta de 21 ani. Timp de 30 de ani de când se aplică acest sistem niciun copil n'a contractat lepra.

Tabloul pe care ţi-l imprimă vederea cazurilor mai grave a acestor bolnavi este tragic şi hidos, — la un laic el produce un sentiment de spaimă îngrozitoare, iar la un medic un sentiment de covârşitoare milă şi compătimire.

Faţa umană este bestializată, desfigurată; două aspecte ale leprei pe faţă, două măşti leproase, au primit din vechime un nume plin de imagini: faţa leonină şi faţa antonină.

Tabloul feţei leonine este caracterizat printr'o piele îngroşată, supraabundentă şi păstoasă, porţiunile ridicate sunt separate prin şanţuri strâmte şi profunde; dă impresia ca şi când capul ar fi fost legat în mod neregulat cu sfoară şi că aceste sfori ar fi săpat plice. Cu mai multă sau mai puţină neregularitate, în ansamblu s'ar putea spune că aceasta este faţa leului — regele animalelor.

Faţa antonină în contrast cu forma precedentă, prezintă pielea şi muşchii atrofiaţi, faţa e slăbită, uscată, muşchii ochilor şi ai buzelor sunt paralizaţi, ochii sunt totdeauna deschişi, privirea atonă şi fixă; gura are comisurile căzute, e inertă, lugubră; faţa este posomorită, rigidă, pare faţa unui cadavru viu.

Uneori faţa seamănă cu cea a unui satir (satiriazis).

Dela cazuri cu alopecia sprâncenelor şi aspectul leonin sau antonin al feţei trecem la altele unde găsim o completă cecitate în urma atrofiei globilor oculari; alţii au nasul, gura şi urechile schimonosite de boală, la alţii găsim o distrugere a palatului moale şi dur, la alţii

degetele dela mâni sunt niște biete cionturi, ne mai rămânând decât o parte din prima falangă, la alții degetele lipsesc complet mâna având aspectul unui maiu de bătut lemne, iar alții au mânile cu aspectul tipic de ghiară „main en griffe".

Lipsa degetelor mi-a adus aminte de următoarea scenă povestită de Heiser în celebra sa carte „L'extraordinaire Odysée d'un Médecin": Leproșii internați în San Lazaro (Manilla) aveau o foarte bună orchestră și de câte ori se ducea în vizită la ei îl primeau în sunetele muzicii. După un timp mai îndelungat, făcându-le iar o vizită a rămas surprins că nu l-au mai primit cu muzică. La întrebarea pusă de Heiser, că de ce nu mai cântă, au răspuns că nu mai pot și arătându-și mânile, Heiser a constatat cu durere că erau complet lipsite de degete.

La membrele inferioare găsim uneori mal perforant plantar, una dintre cele mai mizerabile leziuni leproase, sau piciorul e atrofiat și găsim niște degete rudimentare. M'a impresionat în special tabloul unei fetițe, care a fost cu mama ei acasă la Curtea de Argeș, unde a stat 3 săptămâni, tocmai atunci se înapoiase de acasă și prezenta o gangrenă întinsă a piciorului stâng, cu o detașare completă a tarsului de metatars. Ulceratia gangrenoasă exala un miros fetid penetrant.

Unii dintre acești ostracizați ai soartei în urma cumplitelor leziuni produse de boală, au aspectul unor adevărate cadavre ambulante.

Unii sufăr de irită leproasă, care le produce dureri atroce, încât urlă de durere.

Se observă o predominență a leziunilor pe față și părțile extensorice ale membrelor, unde și traumatismul e mai frecvent.

Un grup de leproși din Tichilești.

In contrast cu aceste cazuri înspăimântător de grave, găsim altele unde la simplul examen vizual nu descoperim nimic patologic, dar la un examen mai amănunțit, găsim mici pete albe anestezice, unde înțepând cu acul, bolnavul spune că nu simte nimic. La unii dintre aceștia se observă cicatrice întinse, produse în urma unor arsuri, pe care individul nici nu le-a perceput. (Zona teritoriile anestetice).

Cu 5 secole înainte de Cristos, Chinezii cunoșteau simptomul anesteziei cutanate în lepră.

Aceste cazuri de lepră maculo-anestezică, amintesc de marele film francez Sudan (L'homme du Niger), realizat de Victor Francen și Harry Bauer, în care ni se redă cumplitul tragism, care intervine în destinul eroului filmului, când el află din gura celui mai bun prieten al lui, că este contaminat de lepră.

Mulți dintre leproși fiind într'o regiune paludică sufăr și de malarie, ca și când nu le-ar fi fost deajuns o boală. Cu fața desfigurată de lepră ei tremură în frisoanele acesului de malarie.

De altfel mai sunt și alte țări unde s'a constatat coexistența acestor boli; astfel Oldekop relatează faptul că în Astrahan toți leproșii au și malarie.

Printre bolnavii de acolo am găsit și pe S. din județul Gorj, căruia i s'a pus diagnosticul de lepră la Clinica Dermatologică din Cluj, unde a fost și internat. Starea bolnavului era ameliorată în urma tratamentului.

In privința raportului infecțiunii cu familia, țin să dau următoarele date: erau 19 familii, constătătoare fiecare de 4 frați.

O familie din Județul Vâlcea era compusă din 2 surori și un frate.

Foarte interesant mi s'a părut cazul unei familii C. din Județul Muscel: Murindu-le părinții pe când erau mici, doi frați și o soră rămânâd orfani s'au despărțit plecând fiecare în altă parte, după vreo 10 ani s'au revăzut la Tichilești, unde au fost aduși pe rând, fiind toți trei bolnavi de lepră.

După Leonard Rogers 80% din cazurile de lepră au ca origine contaminarea în familie și incubația durează dela 1—5 ani. Alți autori însă susțin că dacă un soț e lepros, celălalt nu se îmbolnăvește decât în 4—8% din cazurile de cohabitare.

Ceea ce m'a impresionat mai mult, având o importanță științifică deosebită, este deosebirea izbitoare între formele de lepră pe care le prezintă bolnavii din cele două focare endemice dela noi din țară. Pe când cei din regiunea Deltei Dunării, au în cea mai mare parte forma de lepră tuberoasă, cei din regiunea subcarpatică au în marea lor majoritate formula maculo-anestezică, s'au nervoasă (având un aspect asemănător leziunilor siringomielinice). Bine înțeles că sunt multe cazuri și de forme mixte.

Această constatare de o însemnătate capitală, ne obligă a face unele considerente de ordin științific în raport cu interpretarea la care ea se pretează. Studiul geografiei patologice cu privire la lepră este de abia la început și sunt necesare observațiuni amănunțite cu privire la climă, nutriție, ocupațiune, locuință, di-

conține săruri minerale importante ca: fer, sodiu, potasiu, mangan și fosfor. O rețetă care de mai bine de 60 de ani a fost prescrisă pentru satisfacție și siguranță. "FELLOWS" este un produs fabricat sub o riguroasă supraveghere și calitatea sa mereu aceiași, este garantată prin minuțiozitatea preparării sale.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

BUCUREȘTI I. — Str. Sf. Ionică 8.

Intestinol

Pancreas. Duoden. Săruri biliare. Carbo. anim.

Turburări digestive. Flatulență. Insuficiență pancreatică.

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte sau în timpul meselor.

Codex S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București.

ZEISS
LUPE BINOCULARE

Observarea binoculară
este mult mai instructivă decât observarea monoculară, aceasta din cauza vederii plastice.

Lupa binoculară acoperită, cu sau fără dispozitiv de luminat, (fig. din mijloc) este o lupă universală pentru d-nii medici, în special oculiştii, dermatologii, etc.

Lupa-ochelari (fig. din dreapta) este comod de purtat ca şi ochelarii. Recomandabilă pentru operaţii mici.

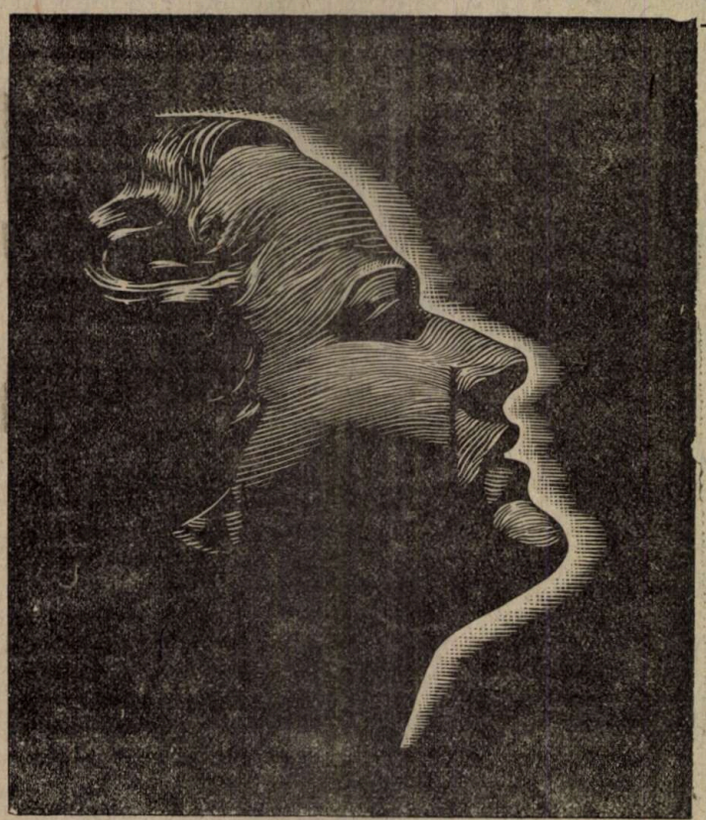
Lupa binoculară cu prisme (fig. din stânga) permite observarea binoculară în răni, etc

Tele-lupele binoculare dau măriri puternice la distanţe mari de observare. Există şi în construcţie specială pentru urechi, după Eckart-Möbius.

CATALOAGE ŞI INFORMAŢIUNI GRATUITE.

CARL ZEISS
JENA

Reprezentanţa Generală pentru România
Soc. Anonimă de Ag.-Comision-Import fost Otto & Alfred Herzog. Bucureşti I. Bul. Carol I, 48



E. MERCK - DARMSTADT
Repr. gen.: **Chimiroman**, Farm. Liviu Bancu, **Bucureştii**
Str. T. G. Masaryk Nr. 32

La dureri mari

(colici, cancer, dureri postoperative)

Pentru pregătirea narcozei

Pentru calmarea iritaţiunilor tusigene

EUKODAL
Merck

FIOLE de 0,01 şi 0,02 g.
TABLETE de 0,005 g.
SUPOZITOARE de 0,02 g.

feritele insecte şi condiţiunile de igienă dintr'o anumită regiune.

Frecvenţa diferitelor forme de lepră în diferitele ţări este foarte variată. In ţările sudice ca Egipt, Abisinia, în Japonia şi Indii domină mai mult formele nervoase. In Rusia şi Norvegia mai mult formele tuberoase. In China, Filipine, Louisiania, găsim lepra mixtă. Este interesantă de semnalat observaţiunea lui Buisson, că în insula Tahiti era aproape exclusiv forma nervoasă de lepră, iar în ultimul timp a fost introdusă prin Chinezi şi forma tuberoasă. De altfel Impey merge mai departe şi susţine că nu e bine să se pună bolnavii cu lepră nervoasă împreună cu cei cu lepră tuberoasă, căci pot fi infectaţi de cei din urmă.

Arming, Koch şi Glück sunt de părere că în regiunile unde infecţiunea leproasă e de multă vreme, formele nervoase sunt mai dese şi în regiunile recent infectate ar predomina formele tuberoase.

Formele nervoase ar fi un semn al unei mari puteri de apărare, deci o anumită imunizare şi că această dispoziţiune se poate transmite la descendenţi şi astfel s'ar explica înmulţirea formelor nervoase. După Iadassohn datorită unei anumite schimbări în alergie s'ar explica transformarea formelor tuberoase în forme nervoase.

Mitsuda consideră reacţia care-i poartă numele pozitivă în lepra nervoasă, drept o dovadă despre rezistenţa mărită a organismului faţă de infecţiunea leproasă, deci un simptom bun din punct de vedere prognostic.

O altă formă de lepră întâlnită mai rar, lepra tubercaloidă, după W. Büngeler din Sao Paulo, este o infecţiune la un individ cu imunitatea ridicată, ceea ce corespunde de altfel şi evoluţiunii acestei forme a boalei In lepra tuberculoidă nu găsim lepromii caracteristici boalei, deci această formă este mai mult o stare de hipersensibilitate constantă faţă de infecţiunea leproasă.

Se pare că în ţările unde lepra este foarte veche (Africa Centrală, Indii), populaţia e mai zezistentă decât în ţările contaminate numai de 2 veacuri (Africa de Sud). Observaţiuni analoage s'au făcut şi în privinţa infecţiunii tuberculoase. Leprologii şi-au pus întrebarea, dacă este vorba de un fel de imunizare, sau de rezistenţă dobândită de populaţia impregnată de mult timp? sau de raze diferite de bacili Hansen? Răspunsul n'a fost încă dat.

Tisseuil este de părere că fiecare familie are forma ei caracteristică de lepră; desvoltarea ar depinde de o anumită predispoziţie ereditară şi că dominarea formei nervoase nu este condiţionată de o micşorare a virulenţei bacililor lui Hansen, ci depinde de puterea de reacţiune a diferitelor organe.

Iadassohn clasifică factorii, cari ar influinţa prezenţa uneia sau alteia din cele 2 forme de lepră, în următoarele 3 categorii:

1. Deosebirile între agenţii patogeni.
2. Modul de infecţiune şi
3. Dispoziţiunea individului şi a diferitelor lui organe.

Prezenţa celor două forme diferite de lepră (tuberoasă şi nervoasă), sub forma de grupe compacte şi perfect distincte în cele două focare endemice dela noi din ţară: regiunea Deltei Dunării şi regiunea Subcarpatică, aduc un argument puternic în sprijinul dualităţii germenului descris de Hansen. La multiplele analogii care există între infecţiunea leproasă şi cea sifilitică, vine să se adauge una în plus, dualitatea virusului lepros. In perfectă analogie cu concepţiile lui Levaditi şi Pierre Marie asupra spirochetei dermetrope şi neurotrope, putem invoca şi în lepră dualitatea bacilului lui Hansen în raport cu tropismul lui în dermotrop şi neurotrop.

Contra acestei ipoteze alţi autori au adus o serie de alte argumente: *a)* In cele mai multe regiuni se găsesc coexistând ambele forme de lepră, cu toate că nu în aceeaşi proporţie; *b)* Pot ambele forme să treacă una în cealaltă; *c)* Poate să se desvolte prin infectare dintr'o formă de lepră cealaltă formă a boalei.

Hansen şi Leoft au fost de părere că acţiunea toxică a bacililor e diferită şi că virulenţa lor nu este constatată, ci depinde de teren. Acestea corespund întru totul cu părerile lui Iodassohn, care atribue prezenţa diferitelor forme ale leprei reacţiunilor diferite ale ţesuturilor, sau organismului.

Mc Leod crede că toxinele bacilului în lepra nervoasă au o deosebită predilecţie pentru nervi.

Babeş presupune că în nervii sensibili, toxinele bacililor au o acţiune nocivă mai intensă.

Rogers şi Muir au chiar părerea paradoxală, că toxinele leproase în cantităţi mici atacă nervii, pe când cantităţile mari îi lasă nevătămaţi.

Referitor la raporturile între modul de infecţiune şi evoluţia boalei, lucrurile nu sunt clarificate. Despre calea de infecţiune nu se ştie aproape nimic sigur. In Indii leziunea primară este mai des pe membrele inferioare, în regiunile nordice mai des pe faţă, cu toate acestea nu se poate spune că s'a putut observa vreo repercusiune asupra evoluţiei boalei. De asemenea nu joacă niciun rol, dacă poarta de intrare e pielea, sau mucoasa. Nu totdeauna poarta de intrare a bacilului lepros este marcată prin apariţia unui accident primar (pe piele sau mucoasa nasală), analog şancrului sifilitic, de cele mai multe ori poarta de intrare a virusului este inaparentă, neobsevându-se nicio urmă.

După cum a accentuat însuşi Iadassohn, deosebirile între formele leprei trebuesc căutate nu numai în diferenţele agentului patogen, dar şi în felul de reacţiune al individului. Aceste moduri de reacţiune diferită pot să fie moştenite, sau câştigate şi unele din

acestea din urmă pot să nu aibă nicio corelaţie cu infecţiunea leproasă, iar altele care au fost produse prin infecţiune în diverse moduri şi deci aparţin marelui domeniu al alergiilor specifice. Aceste deosebiri ale modului de reacţiune pot să aibă la bază o dispoziţiune diferită, sau deosebiri în gradul de imunitate. Deoarece aceste stări pot să se modifice în parte şi prin influenţe, ce n'au nicio legătură cu lepra, se poate explica în parte marile deosebiri în evoluţia boalei.

Rogers şi Muir pun în raport evoluţia leprei cu prezenţa simultană a altor boli, sau cauze predispozante. Această influinţă se vede de altfel şi din faptul, că un tratament numai atunci are o acţiune eficace, când simultan cu tratamentul leprei se face şi tratamentul bolilor ce o însoţesc; — înlăturându-se totodată orice cauză favorizantă a boalei.

In privinţa modului de transmisiune, evul mediu a primit şi ne-a dăruit ca moştenire 2 noţiuni, care au supravieţuit până în epoca noastră: părerea că lepra este contagioasă şi că lepra este ereditară. Aceste două noţiuni erau însoţite de alte idei confuze, care n'au încetat de-a avea curs la unele popoare chiar în epoca noastră: lepra este o pedeapsă divină; lepra este efectul unui climat umed şi rece; lepra este consecinţa unui rău regim alimentar, în particular a unei consumări excesive de peşte etc.

Ţin să remarc aici faptul că populaţia din Delta Dunării, având ca principală ocupaţie pescăria, mulţi locuitori din această regiune au credinţa că infecţiunea leproasă este transmisă prin peşti.

S'a acuzat ţânţarul ca jucând rol în transmisiunea leprei, dar nu s'au găsit bacili Hansen decât în intestin, în trompe însă nu. Alţii au acuzat muştele ca jucând rol în transmiterea infecţiunii.

Un lucru este sigur, că lepra nu apare decât în regiunile infectate endemice cu lepră şi aceasta l-a făcut pe Jeanselme să susţină necesitatea unui vector intermediar în transmiterea boalei.

Temperatura tropicală nu e necesară pentru contagiunea leprei, deoarece contagiunea se poate face şi în ţările nordice: Norvegia, Lituania şi Islanda.

Pionerii norvegieni Danielsen şi Boeck (1848) au crezut în ereditatea leprei. Rămânem copleşiţi în faţa curajului lor de aşi inocula lepra lor înşile şi elevilor lor, însă din fericire aceste inoculări n'au reuşit niciodată.

Armauer Hansen a fost partizan al contagiunei.

Arning în Insulele Havai, a inoculat cu lepră pe un condamnat la moarte Kéanu în vârstă de 48 de ani; acesta a murit cinci ani mai târziu de lepră. I s'a obiectat însă lui Arning că un Hawaian, care a locuit 48 de ani într'o ţară unde lepra e endemică, putea să fie el însuşi contaminat de această boală şi să se fi aflat în acel moment în faza de incubaţie a ei. Ca un argument în plus pentru această obiecţiune era faptul că în familia lui Kéanu erau numeroşi leproşi: un băiat al lui era de 6 ani lepros, moşul lui, un nepot şi o verişoară erau de asemenea leproşi; iar în plus se mai poate semnala faptul că un gardian al închisorii era de 20 de ani lepros.

Inoculaţiunile făcute de Wedder în 1928 n'au reuşit, au rămas negative.

Cu toate că această boală imprimă o oroare mai grozavă decât oricare alta, cu toate acestea s'au găsit indivizi îndobitociţi în decăderea lor fizică şi morală, care pentru a-şi asigura un mijloc de existenţă trândavă şi-au inoculat lepre, pentru a fi internaţi în leprozerie, dar spre marea lor decepţie încercările nu le-au reuşit.

In 1895 un prizonier din insula Mauricia, fiind întrebuinţat ca infirmier într'o leprozerie şi-a inoculat lepră, doi ani mai târziu tot corpul îi era acoperit de lepromi; dar şi aici se poate aduce obiecţia, că acesta era un om care a trăit mult între leproşi.

Orice cunoştinţă a noastră asupra leprei e învăluită într'o manta de ignoranţă.

Un lucru e incontestabil, că cei doi mari patroni ai leprei sunt murdăria şi ignoranţa.

Tratamentul cel mai uzitat în Leprozeria din Tichileşti este vechiul şi reputatul oleu de chaulmugra, ce se extrage din seminţele arborelui Gynocardia odorata, sau kurzii taraktogenes, care cu toate progresele realizate în domeniul terapeuticei, totuşi până în prezent a rămas tot cel mai bun şi cel mai constant. El se administrează per os sub forma de capsule, la cei care fac un tratament intensiv se dau 10 capsule pe zi şi această administrare trebue să ţină timp îndelungat, căci numai astfel se ajunge la un rezultat eficace. In urma administrării acestuia lepromii dispar; — doar faţa bolnavului sbârcită, cu aspectul îmbătrânit mai păstrează amintirea suferinţelor săpate de cumplita boală.

In cele mai multe leprozerii streine se întrebuinţează actualmente, pleul de chaulmugra sub forma de injecţii intracutane; cel mai bun dintre aceste preparate este „Antileprolul" (etil ester al acizilor graşi nesaturaţi ai oleului de chaulmugra), preparat în 1908 în laboratoarele I. G. Farben de Hofmann şi Taub.

La Tichileşti s'au mai întrebuinţat în tratamentul leprei injecţiunile intravenoase de albastru de metilen 1%, (metodă preconizată de Mercken, Karnkamp şi Occhino), obţinundu-se rezultate bune, după relatările făcute într'o lucrare de către unul din foştii conducători ai leprozeriei.

Injecţiile intravenoase de calciu clorat, — acest panaceu universal, — n'au lipsit nici ele din tratamentul leprei.

In penultimul an Dr. Mălăcescu a aplicat Rubrophenul, obţinând rezultate bune, ramolirea destul de rapidă a lepromilor şi supleţea pielii. Dr. Ţibuleac contesta acţiunea eficace a rubrophenului. De altfel acest tratament a fost aplicat şi la bolnavul care a fost internat în Clinica Dermatologică din Cluj; bolnavul stând un timp relativ prea scurt în clinică, — fiind evacuat la Tichileşti, — nu ne putem pronunţa în mod temeinic asupra acţiunii rubrophenului în tratamentul leprei.

De cea mai mare importanţă în tratamentul leprei este ridicarea puterii de rezistenţă a organismului şi pentru aceasta trebuesc mişcări active şi în consecinţă o terapie prin muncă sistematic condusă. Tocmai în opoziţie cu principiile de până acum în tratamentul tuberculozei, care în stadiul activ cere linişte şi repaus absolut, în lepră din contră se cere ca prin exerciţii corpul să fie făcut mai rezistent, astfel ca tratamentul să poată acţiona mai intens.

Leprosul mai are nevoie de un tratament moral; el trebue consolat de nenorocirea sa şi trebue infiltrată în el speranţa vindecării.

Dacă se face ocolul lumii leproase, două voci discordante îţi răsună în timpan, una care spune: „Tratamentul ameliorează, poate vindeca, uneori chiar vindecă!" şi alte care zice! „Iluzie, el nu vindecă, tot ce poate face e de-a albi, vindecarea nu e decât aparentă, în curând o dovedeşte recidiva!" „Once a leper, alwaxs a leper!"

Un lucru este cert, că până în prezent nu dispunem de un adevărat medicament specific contra leprei.

Având în vedere că cei mai mulţi leproşi din Tichileşti au şi malarie concomitent, s'ar recere şi un tratament sistematic al ei, ceea ce cu regret am constatat că nu se prea face. După constatările lui Rogers şi Muir lepra se ameliorează prin tratament numai atunci, când în acelaşi timp şi malaria coexistentă e tratată.

Ernst Gminder preconizează tratamentul malariei coasociate cu Atebrină timp de 5 zile, de 3 × 0,1 gr.; după aceea ca măsură profilactică de douăori pe săptămână 0,5 gr. chinină.

Malaria poate agrava evoluţia leprei prin faptul, că fiecare puseu de malarie poate avea ca urmare o nouă diseminare de bacili Hansen în sânge, prin reactivarea datorită febrei a focarelor leproase, până atunci în latenţă.

Cu sufletul copleşit de impresiile culese în decursul unei zile trăite în „Casa Durerii", — cum cu drept cuvânt îi spune Victor Heiser leprozeriei, — am părăsit Leprozeria din Tichileşti într'un asfinţit de soare, care-şi scălda ultimele raze în apele molcome ale Dunării, ca şi cum voia să-şi spele şi să-şi cureţe razele lui luminoase de tristeţea şi amărăciunea celor văzute la Tichileşti; pentru care la fiecare răsărit el nu poate să aducă decât o licărire de speranţă amăgitoare, la cei care şi-au pierdut de mult speranţa, odată cu intrarea în leprozerie, pe porţile căreia ei au citit cu ochii sufletului, cuvintele din Infernul lui Dante: „Lasciate ogni speranzza voi che intrate!"

Cei mai mizerabil pe lume, decât o fiinţă umană care şi-a pierdut speranţa?

Leproşii, — aceşti parias ai societăţii, — constituesc o clasă unică în genul uman, fiind lipsiţi de libertatea civilă din cauza bolii şi fiind pedepsiţi ca nişte criminali, când de fapt ei nu sunt decât nişte victime.

Am rămas încă mult timp sub impresia celor văzute la Tichileşti...

Cred că aceşti părăsiţi de soartă şi de oameni, ar merita cel puţin din partea medicilor şi a forurilor noastre sanitare o mai mare atenţie, căci deviza medicinii este: dacă nu poţi vindeca boala, cel puţin să cauţi să alini suferinţa.

RESUMÉ

La Léproserie de Tichileşti

Tichileşti, le village des lépreux de Roumanie est situé sur la rive droite du Danube, dans le département de Tulcea, à 3 km. de notre magnifique fleuve, dans une vallée environnée de forêts.

Cette léproserie a été fondée pour la première fois en 1908 par le transport de la léproserie de Răchitoasa, département de Muscel, mais elle a été détruite par les troupes bulgares en 1916 (pendant la guerre mondiale); elle a été rétablie le 21 Novembre 1929 par le transport de la léproserie de Lărgeanca (Bessarabia).

Elle abrite 154 lépreux. Repartis par sexe il y a 83 hommes et 71 femmes; par nationalité il y a 86 Roumains et 68 Russes. Au point de vue de la répartition géografique il y a dans le pays deux centres principaux d'infection: l'un dans la région de la delte du Danube (74 cas) et l'autre dans la région sous-carpathique (62 cas), quelques cas isolés proviennent des départements limitrophes de ces régions, appartenant à la Munténie, Olténie, Béssarabie et Dobrogea. On remarque l'absence totale de cas de Transylvanie, Moldavie et Bucovine.

La léproserie étant située dans une région paludéenne nombre de lépreux souffrent aussi de cette maladie.

Ce qui est surtout impressionant, — ayant une grande importance scientifique, — c'ést le contraste frappant entre les formes de lépre que présentent les malades de ces deux foyers endemiques de notre pays. Tandisque ceux de la région de la delte du Danube, ont dans la majorité des cas la forme de la lépre tubereuse, ceux de la région sous-carpathique ont la plus part la forme maculo-anesthésique ou nerveuse. Bien entendu il y a des cas à forme mixte. La présence de ces 2 formes différentes de lépre, formant des groupes distincts dans ces 2 foyers endemiques de notre pays, apporte de solides arguments en faveur de la théorie dualiste du virus lépreux.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Lepradorf Tikileşti

Tikileşti, das Dorf der Leprakranken in Rumänien, liegt am rechten Ufer der Donau, im Komitat Tulcea nur 3 Km. entfernt von unserem Strom, gebettet im eine von Wäldern umgebene Tale.

Das Lepradorf wurde im Jahre 1908 gegründet, durch Übersiedlung der Leprakranken aus dem Lager Răchitoasa, Komitat Muscel, wurde jedoch durch bulgarische Truppen im Jahre 1916 (während dem Weltkriege) vernichtet und am 21. November 1921, durch Übersiedlung der Leprakranken aus Lărgeanca in Basarabien wieder errichtet.

Im Ganzen befinden sich im Lager 154 Kranke, u. zw. 83 Männer und 71 Frauen, darunter 86 Rumänen und 68 Russen.

Vom geographischen Standpunkte haben wir im Lande zwei Haupt-Infektionsherde *a)* einen in der Donau-Deltagegend (74 Fälle) und *b)* einen in den Südkarpathen (62 Fälle). Vereinzelte Fälle sind aus den Nachbarkomitaten dieser Gegend u. zw. aus folgenden Provinzen: Muntenia, Oltenia, Basarabia und Dobrogea. Bemerkenswert ist, dass in Siebenbürgen, in der Moldau und Bukovina nicht ein einziger Leprafall zu verzeichnen ist.

Da das Lepradorf in einer sumpfigen Gegend ist, haben viele Leprakranke auch die Malaria.

Was am meisten auffällt und wissenschaftlich wichtig ist, ist die wesentliche Verschiedenheit der Krankheitsformen der beiden Infektionsherde Rumäniens. Während die Krankheitsfälle aus der Donau-Delta-Gegend die Lepra-Tuberose Form aufweisen, haben jene aus den Südkarpathen meistens die Lepra-Maculo-anestetische oder nervöse Form. Selbstverständlich gibt es auch Mischformen. Das Vorhandensein dieser beiden verschiedenen Formen von Lepra als Form zwei unterschiedlicher Gruppen aus den beiden einheimischen Krankheitsherden erbrigen einen deutlichen Beweis für die Dualität des Lepravirus.

Societăți medicale

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE DERMATOLOGIE ŞI SIFILIGRAFIE — SECŢIA CLUJ

Şedinţa din 30 Aprilie 1939.

Dr. I. Mihalca: **Un caz de congelaţie în regiunea abdominală produsă prin comprese cu ghiaţă.**

Prezintă o bolnavă în vârstă de 38 de ani, care aplicând din cauza unei apendicite comprese cu ghiaţă direct pe tegument timp de 3 săptămâni, face o congelaţie de gradul III.

Dr. N. Lenghel, Dr. L. Modran: **Diferite forme de tuberculoză cutanată la acelaş bolnav.**

E vorba de un bărbat de 40 ani, de meserie miner, căruia i se stabileşte diagnosticul de Lupus vulgar tubero-serpiginos la nivelul gâtului; tuberculoză verucoasă pe faţa dorsală a mânei drepte; scrofulogome şi cicatrici postscrofulodermice.

Cazul de faţă pune în discuţiune problema etiologică a tuberculozei verucoase; coexistenţa celorlalte forme de tuberculoză cutanată şi localizarea afecţiunei pe mâna dreaptă, - regiune expusă infecţiunei cu bacili eliminaţi din căile respiratorii, datorită după cum remarcă Jadassohn, obiceiului oamenilor simpli de a se şterge cu această mână la nas şi gură. Toate acestea pledează pentru rolul etiologic al bacilului Koch tip uman.

Dr. P. Târlea, Dr. N. Lenghel, Dr. L. Modran: **Un caz de Acanthosis nigricans.**

Acanthosis nigricans e o afecţiune extrem de rară. Cazul de faţă, un bărbat în vârsta de 29 ani, e primul pe care-l observăm în clinica noastră. Din antecedentele bolnavului e de remarcat că în 4 Februarie 1938 i s'a făcut o resecţie de stomac Billroth, din cauza stenozei pilorului. Deci acest caz vine să confirme legătura dintre acanthosis nigricans şi tumorile gastrice, fapt semnalat mai întâi de către marele dermatolog francez Darier.

Hiperpigmentaţiunea trebue pusă în legătură cu turburări endocrino-simpatice, probabil mai ales alteraţiuni ale capsulelor suprarenale, ce ştim că joacă mare rol în pigmentaţiunea pielii.

Dr. P. Târlea: **Un caz de sifilom primar gigantic.**

Un soldat în vârstă de 24 ani, prezintă de 5 săptămâni un şancru sifilitic gigantic, ce cuprinde toată circonferinţa prepuţiului. Afară de acestea prezintă şi o rozeolă sifilitică precoce.

Dr. P. Târlea: **Un caz de pityriază rubră pilară.**

E vorba de un soldat în vârstă de 23 de ani, internat în Spitalul Militar din Cluj la data de 15 Martie 1939. Prin erupţiunile pe cari le prezintă mai ales pe antebraţe, dosul mânilor, gambe dosul picioarelor şi faţă, cazul se încadrează în tabloul clinic tipic al pityriazei rubre pilare.

Dr. P. Târlea: **Un caz de „cutis verticis gyrata".**

Soldatul P. Gh., de 25 ani, internat în Spitalul Militar din Cluj la 25 Aprilie 1939, prezintă o ţumoră în regiunea bosei parietale stângi, care la început a fost cât o alună, pe urmă în cursul anilor a crescut mereu. Această formaţiune seamănă perfect de bine cu configuraţia creerului, prezentând un aspect zis encefaloid, cu numeroase circonvoluţiuni şi incizuri. E pentru prima oară că autorul observă un caz de „cutis verticis gyrata".

Dr. L. Pop: **Cancer al plantei cu metastaze osoase multiple.**

Autorul expune observaţiunea unui caz de cancer al plantei, la care prin radiografie s'au evidenţiat numeroase metastaze osoase.

Şedinţa din 23 Iunie 1939.

Dr. F. Veres: **Un caz de sifilide lichenoide şi pustuloase.**

Autorul prezintă un caz de sifilis secundar, cu leziuni lichenoide şi pustuloase. Aceste forme sunt destul de rare; Milian le încadrează în grupul sifilidelor secundare sifilitico-tuberculoase.

Dr. F. Veres, Dr. I. Mihalca: **Un caz de sclerogomă a feţei.**

Se expune observaţiunea unui caz interesant de sclerogomă a feţei.

Dr. N. Lenghel, Dr. O. Mihalescu: **Un caz de ipercheratoză foliculară avitaminozică.**

In cazul pe care-l prezintă, autorii au constatat o lipsă complectă a vitaminei C. Leziunile cutanate sub formă de ipercheratoză foliculară datorită avitaminozei, au fost pentru prima oară descrise de Prof. Nicolau.

Dr. O. Mihalescu, Dr. N. Lenghel: **Lichen ruber plan după tratament specific.**

Se descrie un caz de lichen plan, atipic, cu leziuni cutanate de paracheratoză psoriaziformă şi leziuni mucoase, survenit în decursul tratamentului cu neosalvarsan. Se insistă asupra valorii examenului istologic, pe baza căruia se poate pune întotdeauna cu certitudine diagnosticul de lichen plan.

Dr. P. Târlea, Dr. N. Păcescu: **Un caz de erisipeloid Rosenbach.**

Prezintă o femeie de 28 ani, care spălând rufe s'a înţepat la degetul mare dela mâna stângă, după care în ziua următoare, cu ocazia tăierii unui porc, a ajutat la prepararea cărnii şi spălarea intestinelor, făcând la 2 zile după aceasta un erizipeloid Rosenbach pe policele stâng.

Dr. P. Târlea, Dr. N. Păcescu: **Un caz de lichen atrofic.**

Este vorba de un caz de lichen plan atrofic, asociat cu un lichen ruber plan tipic al tegumentelor şi al mucoaselor. In acest caz se verifică afirmaţia lui Darier, că lichenul atrofic nu este altceva decât un lichen ruber plan, care în stadiul final regresează sub forma de atrofii cicatriciale.

Dr. P. Târlea, Dr. N. Păcescu: **Un caz de boala lui Paget.**

Prezintă o bolnavă în vârstă de 74 ani, a cărei leziune a început acum 4 ani pe mamelonul stâng, de unde s'a extins până ce a cuprins în mare parte sânul, în ultimul timp mamelonul dispărând. Examenul isto-patologic arată că este o discheratoză carcinomatoasă tip Paget.

Dr. P. Târlea: **Un caz de atrofodermie vermiculară a feţei.**

Se prezintă un bolnav în vârstă de 25 de ani, care suferă de o afecţiune rară „atrofodermia vermiculară a obrazilor", după nomenclatura dată de Darier în 1920.

Dr. L. Pop, Dr. P. Târlea: **Un caz de psorospermoză foliculară Darier.**

Se expune observaţiunea unei bolnave în vârstă de 13 ani la care pe baza tabloului clinic al afecţiunei şi pe baza examenului isto-patologic se pune diagnosticul de psorospermoză foliculară vegetantă (boala lui Darier).

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. L. Pop: **Un caz de pemfigus congenital cu chiste epidermice.**

E vorba de o bolnavă în vârstă de 12 ani, la care pe baza examenului clinic şi isto-patologic se pune diagnosticul de pemfigus congenital succesiv cu chiste epidermice. Ca tratament bolnavei i s'a făcut autohemoterapie şi sulfamidoterapie cu electyl.

Şedinţa din 15 Noemvrie 1939.

Dr. N. Lenghel, Dr. L. Modran: **Două cazuri de gangrena penisului.**

Cele două cazuri prezentate ilustrează cele două forme ale gangrenei organelor genitale. In primul caz e vorba de o gangrenă fudroiantă primitivă; în al doilea caz e vorba de o gangrenă secundară unui sifilom primar, care a fost diagnosticat retrospectiv.

In ambele cazuri s'au obţinut efecte terapeutice prompte prin administrarea preparatelor chimioterapice de mare valoare: Prontosil şi Neosalvarsan. Primele 5 zile s'a dat Prontosil, iar în zilele următoare Neosalvarsan.

Dr. P. Târlea, Dr. N. Păcescu, Dr. I. Avram: **Un caz de tricofiţie profundă a regiunei pubiene.**

E vorba de un bolnav în vârstă de 27 ani, care prezintă o tricofiţie profundă localizată la nivelul regiunei pubiene.

Dr. P. Târlea: **Un caz de hydroa vacciniformă Bazin.**

Se prezintă un bolnav în vârstă de 30 ani, care sufere de o hydroa vacciniformă Bazin, ce iasă din cadrele clasice ale acestei afecţiuni, prin debutul tardiv al ei; primele manifestaţiuni ale bolii apărând la vârsta de 21 ani. Prezenţa destrucţiunilor cu fondul necrotic şi a atrofiilor, hematoporfirinuria şi absenţa erupţiunilor polimorfe, vin în sprijinul diagnosticului de hydroa vacciniformă Bazin.

Dr. L. Pop, Dr. I. Mihalca: **Un caz de epiteliom bazocelular al regiunii temporale.**

Prezintă un caz de cancer bazo-celular, apărut în urma distrugerii cu creionul de nitrat de argint a unui nev celular din regiunea fronto-temporală dreaptă, atrăgând atenţia asupra tratamentelor iritative şi incomplecte, cari pot da adeseori proliferări maligne ale tumorilor nevice.

Dr. L. Pop, Dr. H. Mihalescu: **Un caz de lupus tumid al antebraţului.**

Se prezintă o bolnavă în vârstă de 40 ani, la care pe baza examenului clinic şi isto-patologic se pune diagnosticul de lupus vulgar tumid al antebraţului drept.

Dr. L. Pop, Dr. H. Mihalescu: **Un caz de hipercheratoză ichtioziformă.**

E vorba de un caz rar de hipercheratoză ichtioziformă; autorii insistând asupra tabloului clinic şi diagnosticului diferenţial al acestei afecţiuni.

Şedinţa din 17 Decembrie 1939.

Dr. F. Veres, Drd I. Ronai: **Un caz de favus cu godeuri pe pielea glabră.**

Pe pielea glabră godeurile favice sunt f. rare, pentru acest fapt şi prezintă autorii cazul de faţă de favus, afecţiune dealtfel destul de răspândită la noi în ţară din cauza condiţiunilor igienice deficitare. Ca tratament se recomandă raclajul godeurilor şi badijonări cu tinctură de iod.

Dr. N. Lenghel, Dr. L. Modran: **Un caz de lichen urticatus.**

Se prezintă un caz de lichen urticatus la un bărbat în vârstă de 27 ani, care e internat pentru o tuberculoză pulmonară în Sanatorul Clinicei Medicale. Afecţiunea cutanată datează de 3 ani, a evoluat în puseuri, cari apăreau mai ales la schimbarea localităţii. Această legătură între apariţia sau dispariţia leziunilor în raport cu schimbarea domiciliului, se poate interpreta conform concepţiei lui Weigert, după care deobiceiu prin schimbarea mediului se schimbă şi regimul alimentar.

Ca tratament în acest caz s'au administrat injecţii desensibilizante cu peptonă 7% şi local pastă moale cu menthol 1% şi anestezină 10%; după 10 zile de tratament leziunile au regresat foarte mult.

Dr. O. Mihalescu: **Un caz de lupus eritematos asociat cu eriteme pernio.**

Se face expunerea observaţiunei clinice a unei coasocieri interesante într'un caz, a lupusului eritematos cu eriteme pernio.

Dr. O. Mihalescu, Dr. I. Mihalca: **Un caz de xeroderma pigmentară.**

E vorba de un băiat în vârstă de 5 ani, care sufere de o afecţiune gravă, însă din fericire f. rară: xeroderma pigmentară. Cazul de faţă prezintă tabloul tipic al acestei afectiuni, prezentând şi 2 carcinome cutanate incipiente, o coasociere morbidă frecventă, care face dealtfel ca prognosticul xerodermei pigmentare să fie atât de sumbru.

Dr. O. Mihalescu, Dr. P. Târlea, Dr. N. Păcescu: **Lichen nitidus asociat cu lichen ruber plan.**

Se face expunerea unui caz destul de greu de elucidat, al unei asocieri la aceeaşi bolnavă, a tabloului morfologic al lichenului nitidus cu lichenul ruber plan.

Dr. L. Pop, Drd. A. Opriş: **Un caz de limfogranulomatoză inghinală cu ulceraţii vulvare.**

Se prezintă o bolnavă în vârstă de 39 ani, la care pe baza simptomelor clinice, evoluţia boalei, examenul isto-patologic, cât şi Reacţia Frei pozitivă, se pune diagnosticul de Limfogranulomatoză inghinală sub acută cu ulceraţii vulvare.

Ca tratament bolnava a primit 4 atacuri cu uliron, după cari toate fenomenele morbide au dispărut.

Dr. L. Pop, Dr. P. Târlea, Dr. O. Mihalescu: **Un caz de pityriază rubră pilară.**

Este vorba de o bolnavă în vârstă de 59 ani, ce prezintă o pityriază ru ră pilară Devergie. Această dermatoză este rară, are o etiologie neclarificată, în cazul de faţă pare să fie datorită unei hipovitaminoze A, dealtfel după tratamentul cu vitamină A, s'a constatat o ameliorare evidentă.

Revista cărţilor

Douăzeci de ani de activitate românească la Clinica medicală I din Cluj. Un volum de 312 pagini. Tipografia „Cartea Românească din Cluj" Sibiu 1941.

Activitatea clinicii I-a medicale din Cluj condusă de profesorul Iuliu Haţieganu dela 1920 până la 1 Septembrie 1940, este cel mai strălucit efort al unei instituţiuni publice puse în serviciul ştiinţei şi al neamului şi unul din cele mai autentice drepturi ale existenţei noastre spirituale şi firesti în Transilvania de Nord. Volumul de faţă cuprinde numai în rezumat o evocare a acestei prodigioase şi splendide activităţi universitare şi extrauniversitare a clinicii I-a medicale din Cluj. Datorită marei puteri de muncă creeatoare a conducătorului său, clinica aceasta a servit prin activitatea ei drept exemplu instituţiilor similare şi ca un adevărat centru al spiritualităţii româneşti în Cluj, în întreg Ardealul şi în întreaga noastră ţară Românească. Niciodată realizările profesorului Haţieganu nu vor putea fi egalate acolo şi în vieaţa poporului nostru, căci ele se situiază pe cel mai înalt plan posibil în concepţia puterilor omeneşti. Profesorul Haţieganu este expresia uneia din cele mai puternice personalităţi a neamului românesc. De aceea elevii săi răpândiţi pe întreaga suprafaţă a ţării, din Basarabia până dincolo de Arad, au scos acum în Sibiul vremelnicului nostru popas istoric într'un volum rezumativ opera acestui mare om şi mare român cu care toţi ne mândrim. Ne mândrim pe deasupra tristeţii actuale şi nefireşti, căci aceasta este trecătoare şi absurdă în raport cu opera şi impulsul permanent de vieaţă românească ţâşnit în Cluj sub directivele profesorului Haţieganu. Toţi cei cari am venit în atingere cu puternica sa personalitate trebueşte să fim recunoscători în veci Ardealului că ne-a dat prilejul unor astfel de apropieri. Căci prin ele însăşi manifestările vieţii noastre româneşti au fost intensificate şi situate pe un plan pe care altfel nu l-ar fi putut atinge niciodată. De aceea gestul elevilor profesorului Haţieganu de a scoate acest volum comemorativ constitue pentru noi un prilej de închinare Ardealului care oricum rămâne veşnic românesc în totalitatea lui. Am trăit lângă marii lui oameni cu adevărat istoric: Am trăit istoric pentru că vieaţa de aici pe toate planurile existenţei noastre este pentru fiecare dintre noi un rezumat al întregii istorii a neamului românesc. In această tensiune a vieţii româneşti figura profesorului Haţieganu este nu numai aceea a unui mare luptător, ci pe deasupra acestor calităţi, ea este înainte de toate a unui mare conducător.

Eroii medicinei româneşti. De *George D. Vintilă.* O broşură de 76 pagini. Tiparul „Cartea Românească", Bucureşti, 1941.

Am primit în Sibiu ultimele lucrări ale valorosului meu coleg de secundariat, intitulată prima: *„Eroii medicinei româneşti"*, a doua intitulată: *„Conduita în distociile bazinului osos"*. Ultima se prezintă sub aspectul unei lucrări pur ştiinţifice, însumând 288 pagini cu 113 figuri, şi constitue, suntem siguri, una din lucrările cele mai importante ale specialităţii respective în medicina românească. Doctorul Vintilă este unul din reprezentanţii cei mai străluciţi ai medicinei noastre, chirurg distins şi om devotat cauzei ştiinţifice, afirmat nu numai prin frumoasele concursuri pe cari le-a susţinut, dar şi printr'o activitate pe plan ştiinţific şi publicistic de cea mai înaltă esenţă intelectuală. Cunoscând aceasta personalitate a fiinţei sale am fost plăcut surprinşi să confirmăm din nou, cu ocazia ultimelor sale importante lucrări, autenticitatea calitativă a spiritualităţii sale.

„Eroii medicinei româneşti" este un elogiu adus acelora cari în medicina românească au lăsat în urma lor o lumină continuu aprinsă servind de călăuză generaţiilor medicale din cuprinsul ţării noastre şi pentru unii din ei servind de călăuză într'un anumit domeniu progresului universal al ştiinţelor noastre medicale pe plan mondial. Sunt evocate în „eroii medicinei româneşti", cu un remarcabil dar de expresie, figurile spirituale ale următorilor medici români: *Paulescu, Gerota, Babeş, Toma Ionescu, Marinescu, Cantacuzino, Juvara, Teohari* şi *Nanu Muscel.* Ei alcătuesc evident personalităţile cele mai grandioase ale medicinei româneşti. Ei au format într'adevăr tradiţia şi patrimoniul ştiinţific al medicinei noastre. Ei trebuesc continuu şi oricum reimprospătaţi memoriei şi vieţii noastre medicale, pentrucă faptele lor au constituit înadevăr tipare noui de viaţă în ţara noastră. Redeşteptarea lor continuă, alungă melancolia şi dă mereu speranţe.

Paginile scrise de drul Vintilă sunt pline de o reală şi deferentă emoţie. Unele din ele sunt de o frumuseţe rară şi adânc meditate. Ele ne-au procurat din nou convingerea că stima şi dragostea noastră sunt mărturisiri inalterabile şi profunde pentru foştii noştri dascăli. Evocarea personalităţii foştilor noştri profesori într'o formă de înaltă expresie intelectuală este pentru întreaga noastră medicină o operă frumoasă şi de preţuit.

Meritul colegului nostru Vintilă este acela de a fi desvăluit în interiorul său o dragoste plină de respect şi plină de admiraţie pentru tot ceea ce marii creatori ai medicinei româneşti au realizat pentru ţară şi pentru patrimoniul ştiinţific general.

Psihologia persoanei. De *Nicolae Mărgineanu.* Un volum de 557 pagini. Editura institutului de psihologie al Universităţii Cluj—Sibiu. Sibiu 1941.

D-l Nicolae Margineanu, conferenţiar la catedra de psihologie a universităţii noastre, ne-a făcut onoarea transmiterii ultimei sale impresionante lucrări asupra: *„psihologiei persoanei".* Dela început trebueşte să mărturisesc marele interes pe care în calitate de medic cu deosebire l-am arătat pentru întregul domeniu al psihologiei şi deci marea plăcere cu care am parcurs

paginile acestei importante şi interesante lucrări. Căci psihologia persoanei înseamnă psihologia omului, deci cunoaşterea semenului şi a propriei noastre fiinţe. Intre medicină şi psihologie au existat totdeauna strânse raporturi. Un medic bun trebue să fie şi un psiholog bun, sau pe cât posibil bun. A cunoaşte omul bolnav numai sub latura sa organică fără a surprinde, a cunoaşte ori pătrunde latura sufletului său nu este de ajuns. A cunoaşte afecţiunea sa fizică este inadavăr mult şi este util pentru medic şi pentru bolnav. Dar a pătrunde pe cât posibil şi în interiorul omului bolnav este pentru medic o neasemuită calitate profesională şi o întregire a posibilităţilor sale ca vindecător.

Trebue să mărturisim totuşi că aptitudinele noastre profesionale ca medici sunt mai ales instruite în cunoaşterea omului organic bolnav. De aceea orice studiu care intregeşte sau desvăluie noui conduite de orientare în a pătrunde în sufletul omului au semnificaţia unor studii de valoare educativă profesională, nu numai pur culturală.

S'a scris despre complexitatea fiinţei om că ar fi de nepătruns şi Carrel s'a exprimat spunând despre om aceste cuvinte „l'homme cet inconnu". Se pare că privind omul numai sub un anumit unghiu de vedere el este inadevăr necunoscut; dar privindu-l sub mai multe coordonate, fiinţa sa, deşi complexă, se etalează ochilor noştri. Cartea d-lui Margineanu arată evoluţia ideilor şi a problemelor puse pentru a cunoaşte omul şi manifestările sale. Ea dă un răspuns în această privinţă în actuala stare a cunoştinţelor noastre în psihologie. Ea nu desconsideră faptul că răspunsul de mâine poate fi mai exact. Ea este pentru noi o operă utilă şi un ghid preţios în marea, în teribil de marea şi de serioasa problemă a cunoaşterei omului, a omului sănătos şi a omului bolnav în toate aspectele sale.

Chiar dacă răspunsul psihologiei de mâine va fi mai complet nu este nici un motiv să nu-l cunoaştem pe cel al vremii de astăzi.

Valoroasa lucrare a d-lui Nicolae Margineanu interesează deopotrivă pe psiholog ca şi pe medic, pe medic ca şi pe orice om de cultură. Căci subiecte ca ereditatea, aptitudinile, firea, mediul, tipologia sunt capitole ale însăşi culturei generale ca şi ale celei medicale. Dacă este un domeniu cu care medicina să aibă raporturi strânse, acesta este acel al psihologiei. De aceea sunt nu numai sensibil onoarei care mi s'a făcut transmiţându-mi-se în mod omagial acest volum, ci găsesc ocaziunea de a însemna toate elogiile la adresa autorului, pentru opera sa folositoare în dimensiunile schiţate şi vieţii noastre medicale.

Copiii superior înzestraţi, de *Alexandru Roşca.* Un volum 205 pagini. Editura Institutului de Psihologie al Universităţii din Cluj la Sibiu.

Spre deosebire de copilul debil mintal, copilul superior înzestrat s'a impus atenţiei omului de ştiinţă şi dascălilor abia în ultimele decenii. Inteligenţa superioară a copiilor este în prezent recunoscută ca o problemă educaţională vitală aparte. Inzestrarea superioară a copiilor a fost ştiinţificeşte descoperită pe baza criteriilor alcătuite de testele de inteligenţă. Acestea pot fi pentru utilizare individuală, de preferat, ori colectivă indicate în mediile şcolare aglomerate. In Elveţia, în Austria, în Belgia, în Germania, în Franţa, dar mai ales în Statele Unite problema selecţiei şi educaţiunii aparte a copiilor înzestraţi constitue astăzi o directivă legalizată de către Stat. In România în 1929 Ştefănescu-Goangă a deschis această chestiune ca orientare şcolară propunând în diferite memorii crearea de şcoli speciale pentru copiii dotaţi. Infiinţarea colegiului „N, Filipescu" este o aplicaţiune în România a rezultatelor selective obţinute în America de Nord faţă de copiii superior înzestraţi. Cartea d-lui Roşca are o mare însemnătate în ţara noastră pentru selecţia valorilor adică a elementelor de elită rătăcite uneori printr'o neînţelegere a educatorilor sau prin asperităţi nemeritate ale mediului. Mai ales în vremea din urmă în care diferite non valori au ridicat în vijelia vremilor apăsătoare situaţiunii nemeritate de unde se urmărea decapitarea elitelor. Este bine de acum înainte ca în ţara noastră să se cunoască perfect aptitudinile superioare ale tuturor celor care le posedă şi coeficientele de înzestrare a celor care vor ajunge să conducă ţara Credem chiar că în afară de notele profesorilor din şcolile primare şi liceu trebue cu timpul să se ia în consideraţie în Universitate şi în vieaţa de conducere a neamului şi testele de inteligenţă verificate în cursul primar şi în şcoala secundară. Aşa cum pretindem certificatul de sănătate fizică să pretindem certificatele de capacitate mintală nu numai după diplome ci şi după testele aprobate în copilărie. Cartea d-lui Roşca constituie însă nu numai un interes principal pentru perfectarea vieţii colectivităţii omeneşti dând criterii verificate de selecţie şi contribuind astfel la problema conducătoare a plasării valorilor şi impostorilor la locul lor, cartea aceasta constituie pentru orice părinte, educator, profesor, conducător, o lectură instructivă, îmbogăţind cunoştinţele, deschizând orizonturi, stimulând cercetări noi, Pentru orice om de cultură cartea aceasta constituie o lectură de interes. Chestiunea testelor de inteligenţă pătrunse relativ recent în cercetarea psihologică dă o serie de rezultate cu adevărat impresionante asupra problemei hereditare a inteligenţei, influenţei mediului, influenţei pubertăţii asupra desvoltării mintale. Cercetările asupra gemenilor univitelium sunt de asemeni impresionante.

D-l Roşca consacră capitole speciale care se raportează la etatea şi ordinea naşterii în raport cu înzestrarea copiilor, la înfiinţarea de şcoli speciale, la coeficientul de inteligenţă al oamenilor eminenţi, la problema geniului. Nu este fără semnificaţie pentru îndrumătorii şcoalei noastre de astăzi de a se şti precis pe baza documentelor rămase că anume coeficientul de inteligenţă a marilor oameni ai lumii a fost în mod constant în copilăria lor deasupra nivelului normal.

Pe medic lucrarea aceasta nu-l interesează mai puţin. Activitatea creatoare se ştie nu este în funcţie numai de inteligenţă, dar inteligenţa ridicată este o condiţie generală a aceste activităţi. Pe lângă inteligenţă sunt necesare condiţii de mediu, de tenacitate, de emotivitate, de impulsuri şi tendinţe native, de motivaţie Starea de sănătate organică (integritate, auz, văz, respiraţie) influenţează nu numai inteligenţa dar şi celelalte condiţii care pot naşte aptitudinele creatoare.

Cartea „Copiii superior înzestraţi" este al 30-lea volum scos în biblioteca institutului de psihologie al Universităţii româneşti din Cluj (Director Profesor Ştefănescu-Goangă) şi al 9-lea volum al autorului. Creaţiile Clujului românesc de totdeauna vor fi oriunde în bibliotecile lumii o autenticitate a dreptului nostru etern acolo, iar în sufletul şi mintea românilor de pretutindeni o încurajare şi o afirmare de a-l considera permanent românesc, adânc integrat în firea, în spiritul şi în adevăratele graniţe ale românismului.

Vieaţa şi opera învăţatului şi filosofului Claude-Bernard, de *Odiseu Apostol.* 18 pag. 1940 Bucureşti.

Lucrarea doctorului Odiseu Apostol asupra vieţii şi operei lui Claude-Bernard se alătură numeroaselor sale scrieri atrăgătoare şi utile pe planul cunoştinţelor medicale şi al cunoştinţelor generale. Intr'un minim de pagini luăm cunoştinţa sub forma unei biografii foarte prescurtate de vieaţa şi creaţiile lui Claude-Bernard, întemeietorul metodei experimentale în fiziologie şi al acestei teorii în filosofie. Cele mai importante din descoperirile sale sunt enumerate ca şi titlurile celor optsprezece volume care închid şi deschid în acelaşi timp pentru toţi expunerea cursurilor şi conferinţelor lui Claude-Bernard. Intr'o ultimă parte din această lucrare sunt redate mici extrase din operile lui Claude-Bernard din care se observă dintr'odată profunzimea gândirii sale în fiziologie

şi trăsătura filosofică a spiritului său. Iată o motivare imediată a acestei afirmări când Claude-Bernard se exprimă în felul următor: *„nu aşi putea înlătura acest spirit filosofic care nu-i nicăeri şi pretutindeni şi care fără a aparţine nici unui sistem trebue să domnească nu numai peste toate ştiinţele dar asupra tuturor cunoştinţelor omeneşti". Din punct de vedere ştiinţific filosoful reprezintă „inspiraţia veşnică a raţiunii omeneşti spre cunoaşterea necunoscutului".*

Dacă operele oamenilor mari sunt foarte interesante şi foarte utile căci mai ales graţie lor lumea este în progres, biografiile acestor oameni sunt totdeauna tot atât de interesante şi tot atât de utile. Biografia ne luminează adesea asupra operei şi ne poate indica unele căi spre perfecţionarea şi spre impulsul productiv al propriei noastre persoane. De câteori citesc biografia unui mare spirit îmi dau seama că omul nu se poate realiza ca om decât într'un cadru de continuă cultivare care să-i lumineze direcţia suverană a principiului spiritual. Înafară de ei rămânem în planul naturei şi deci nu prea depărtaţi de principiul vieţii animale. De aceea în toate domeniile activităţii umane marii oameni au fost mari oameni de cultura şi în acelaşi timp oameni dotaţi cu un spirit filosofic, cu o putere magică interioară de a găsi noui raporturi în spaţiu şi timp pe planul cosmosului uman.

In medicină acelaşi lucru. Medicul care este ca orice om o aspiraţie perpetuă nu se poate realiza integral considerând numai cadrul ştiinţific ca realitatea sa ultimă. Pentru medici ştiinţa medicinei nu poate fi decât gramatica universului său prin care el trebue să-şi exprime gândirea, aşa cum fiziologia a fost pentru Claude-Bernard, matematica pentru Poincaré, neurologia pentru Charcot, literele pentru marii scriitori. Acest lucru nu-l văd posibil fără integrarea preocupărilor din planul existenţei noastre în ritmul gândirii filosofice de care orice spirit puternic nu poate face abstracţie, căci filosofia ca şi medicina se ating în obiectivul pe care-l urmăresc: cunoaşterea vieţii oamenilor. Medicina trebue impregnată de spiritul filosofic căci ea nu tinde să cunoască numai corpul ca materie inertă ci corpul ca fiinţă vie umană, ca fiinţă condusă de spirit. Şi cum spiritul omului este e realitate mai puternică decât însăşi omul fizic şi chiar mai reală biologic decât corpul însăşi, lucru pe care adesea îl constatăm în faţa bolnavilor noştri şi la cei care ne înconjoară, o preocupare specială spre cuuoaşterea lui mai apropiată se impune credem în învăţământul medical al vremurilor noastre, mai mult decât în trecut. El care constituie partea esenţială a omului este neglijat de programele noastre de studii în detrimentul materiei care nu este decât vehiculul adevăratei noastre fiinţe adică a fiinţei noastre spirituale.

Marii oameni sunt mari spirite. Biografia unui astfel de om este o înlănţuire de etape creative determinate de spirit, într'un tot armonios. De aceea ea ne instrueşte totdeauna şi ne arată necontenit drumuri pentru propriile noastre exprimări.

Profesor Buzoianu.

Introducere în corelaţiile dintre constituţie şi tuberculoză. (Konstitutionsschule, Einführung in die Zusammenhaenge zwischen Tuberkulose und Konstitution), de *Prof. Dr. Kurt Klare.* Editura Georg Thieme, Leipzig 1941. Un volum de 92 p.

Rolul terenului individual în patogenia tuberculozei este de multă vreme admis, fără să se poată însă preciza, până în prezent mecanismul său intim de acţiune. Klare se nizueşte de multă vreme să clarifice legăturile ce există între tipul constituţional şi evoluţia tuberculozei. In baza numeroaselor sale observaţii se crede îndreptăţit să afirme că tipul limfatic, pe care el îl defineşte mai de aproape şi care nu se întâlneşte numai la copii ci şi la adulţi, prezintă o rezistenţă remarcabilă faţă de tuberculoză, care se traduce prin evoluţia mult mai benignă a acesteia. In lucrarea de faţă autorul dă indicaţii precise pentru determinarea clinică a tipului constituţional şi aduce o serie de observaţii demonstrative în favoarea tezei sale.

L. Daniello.

Ce trebue să ştie medicul practician asupra vitaminelor. (Was der praktische Arzt über Vitamine wissen soll), de *Dr. Karl Recknagel.* Editura Georg Thieme, Leipzig, 1941.

In această lucrare, de 136 de pagini, autorul pune la dispoziţia medicului practician datele necesare asupra vitaminelor în vieaţa medicală practică de toate zilele.

Se începe cu *vitamina A.* După câteva date istorice se expun proprietăţile acestei vitamine; antixeroftalmică, de apărare a epiteliilor, antiinfecţioasă. Se înşiră alimentele conţinătoare de această vitamină. Există şi o provitamină A, „carotina", care se găseşte în morcovi. Vitamina A este utilizată în xeroftalmie pentru acţiunea ei antixaroftalmică, apoi în keratomalacie. Pentru acţiunea ei de apărare a epiteliilor se utilizează în toate leziunile epiteliale ale mucoaselor şi ale pielii. Acţiunea antiinfecţioasă a vitaminei A se manifestă mai ales în domeniul infecţiunilor biliare şi urinare.

Există şi tablouri clinice de ipovitaminoze A, importante din punct de vedere practic. Se expune apoi aplicarea în practică a diferitelor preparate de vitamină A, dozajul acestor preparate în diversele afecţiuni şi boli medicale, unde sunt indicate: afecţiuni oculare, stomatită aftoasă, iperaciditate, ulcer gastric, ipertiroidisme, slăbiri esenţiale, în profilaxia litiazei biliare şi renale, sub formă de pomade în diferite afecţiuni cutanate, etc.

Se expune apoi *vitamina D* (vitamina D_2, vitamina D_3). Se tratează problema rachitismului în legătură cu combaterea lui prin vitamina D. Se relatează acţiunea vitaminei D asupra metabolismului fosfor-calciu: vitamina D măreşte sau ameliorează rezorbţia calciului şi fosforului în intestin, vitamina D acţionează în sensul că componenţii calciu-fosfor sunt puşi la dispoziţia organismului sub o formă potrivită pentru metabolism, etc.

Vitamina D, are o legătură strictă cu suprarenalele, o mărire a vitaminei D condiţionează o micşorare a suprarenalelor, lipsa vitaminei D produce invers o mărire a suprarenalelor. Ambele, vitamina D şi suprarenalele, reglementează metabolismului calciu-fosfor în organism.

Să discută rolul vitaminei D în rachitismul tardiv şi în osteo-malacie.

Se dau apoi toate datele necesare asupra întrebuinţării vitaminei D în terapia clinică şi în primul rând în aceea a rachitismului.

Urmează apoi expunerea datelor asupra *vitaminei E,* expunând rolul acestei vitamine în funcţiunea glandelor genitale, precum şi aplicare terapeutică a acestei vitamine în diferitele afecţiuni, în special de natură genitală.

Vitamina K încă este expusă cu toate datele necesare pentru practica medicală, rolul ei în coagulabilitate sanguină, precum şi aplicarea ei terapeutică, în special în sindromele hemoragipare.

Urmează apoi expunerea detailată a *vitaminei B.* Aci întâi se vorbeşte pe larg de vitamina B_1, apoi despre vitamina B_2, cu toate datele despre fiziologia, fiziopatologia şi aplicarea terapeutică a acestor vitamine.

Vitamina C la fel este tratată din toate punctele de vedere şi cu aplicarea ei în clinică pe o scară aşa de întinsă.

La sfârşit se aminteşte pe scurt câteva date despre *vitamina P* şi *H.* Tot la sfârşit se expune pe scurt relaţiunile între vitamine şi între hormoni.

Această carte este de un nepreţuit şi real folos pentru orice medic, deoarece aplicarea vitaminelor în clinică astăzi atinge toate specialităţile medicale. In special pentru medicul practician este de mare utilitate, în ea fiind expusă foarte amănunţit problema aplicării clinice în practica de toate zilele a acestor vitamine.

Terapeutica sulfamidată (Therapeutique sulfamidée) de *Dr. P. Durel.* Editura J. B. Bailliere et Fils, Paris, 1940, 200 pag.

A apărut în cadrul actualităţilor noi de tratament terapeutica sulfamidată, o problemă foarte importantă astăzi în tratamentul antiinfecţios. Se tratează în această lucrare chestiunea sulfamidelor din toate punctele de vedere.

După un scurt istoric se expune natura chimică a principalelor corpuri sulfamidate utilizate în practică: 1. azoice: prontosil (sulfamido-crizoidină), rubiazol (carboxi-sulfamido-crizoidină): 2. sulfamide: streptoplix, prontosil alb, lizococin, astreptin, prontilin, etc.; 3. derivaţi albi de sulfamide (septazin, soluseptazin, uliron, dagenan, albucid, etc.) Se insistă asupra compoziţiei chimice a tuturor acestor substanţe sulfamidate.

Urmează apoi studiul farmacodinamic al sulfamidelor: toxicitatea la animale, activitatea „in vitro", activitate „in vivo" asupra diferiţilor agenţi infecţioşi. Se expun apoi ipotezele despre mecanismul de acţiune al acestor substanţe.

Se discută după aceea circulaţia în organism a sulfamidelor; dozarea lor în urină, în sânge. Indicaţiunile terapeutice în diversele infecţiuni microbiene sunt date cu toate detaliile necesare, după cum şi rezultatele terapeutice obţinute în toate aceste infecţiuni, ceea ce este ilustrat cu o serie de observaţiuni din domeniul streptocociilor, meningocociilor, pneomocociilor, gonocociilor, stafilocociilor, colibacilozelor, a şancrului moale, etc.

Urmează apoi expunerea indicendelor şi accidentelor ce se întâlnesc în legătură cu aplicarea sulfamidelor.

In ultimul capitol se tratează modul de întrebuinţare şi pozologia acestor substanţe chimioterapeutice în toate aceste stări infecţioase.

La sfârşit se dă o bibliografie bogată a chestiunei.

Această carte este de un real folos pentru toţi medicii, pentrucă aci se găseşte expusă această chestiune de mare actualitate, a sulfamido-terapiei din toate punctele de vedere, cu toate detaliile necesare, în special cuaplicările ei din practica medicală de toate zilele.

Conf. Dr. I. Gavrilă

Persoana şi caracterul. (Person und Charakter.) In editura Thieme a apărut, în 1940, această lucrare a profesorului *Dr. med. et phil Thiele,* director al Clinicei Psihiatrice din Greifswald. (43 pag.)

Incepe cu convingerea despre acest vast teren al psihologiei care de atâtea ori a fost cercetat de savanţi, că se observă totuşi o anumită convergenţă a concepţiilor în timpul din urmă.

Arată că personalitatea este principiul constitutiv care creează din individ o personalitate; caracterul însă este ansamblul reacţiilor persoanei faţă de mediul înconjurător şi de el însuşi. Pledează pentru concepţia că şi persoana ca şi fenomenul totalitar al lumii este zidit în straturi; aşa că stratul superior este susţinut de stratul inferior: fără natură materială nu există vieaţă, fără vieaţă nu există conştientul şi fără conştient nu există lumea psihică.

Aminteşte filosofii din timpul lui Platon, care s'au pronunţat în acest sens, bazându-se în primul rând pe Brentano, Liepps, N. Hartmann.

Această lucrare filosofică nu pretinde cunoştinţe medicale, însă multă cultură generală, în deosebi psihologie teoretică şi practică.

Este de recomandat pentru fiecare psihiatru şi neurolog şi medici cu înclinare spre filosofie.

Starea psihică şi diagnosticul psihiatric. (Psychischer Befund und Psychiatrische Diagnose).

Din partea directorului Institutului „Kaiser Wilhelm" din München, profesor Kurt Schneider a apărut în 1939, în editura Thieme (broşura 1,40 mărci) o lucrare vrednică de amintit, care dă posibilitatea psihiatrului tânăr şi la alţi medici interesaţi în psihiatrie, să judece în mod precis asupra acelor psihoze care sunt aşa de importante din punct de vedere practic, anume: schizophrenia şi psihoza maniaco-depresivă, şi mai departe de a clarifica în genere cunoştinţele sale psiho-patologice.

In 27 de pagini este un material foarte bogat, bine aranjat şi cu observaţii proprii în mod interesant redactat.

Deosebeşte în mod special trăiri calitativ şi cantitativ abnorme, adică trăiri care nu se găsesc de loc la omul normal, şi unde nici nu sunt treceri la alte trăiri anormale; iar cele cantitative numai în gradul lor au caracterul abnorm.

Primele sunt simptome de rangul I şi permit direct diagnosticul de schizophrenie, anume: halucinaţiile ideilor proprii sau în formă de conversaţie, acompaniarea muncii proprii prin obiecţii halucinate, influenţe corporale, în special sexuale, detragerea şi influenţarea gândurilor şi pe terenul imboldurilor, voinţii şi a tot ce-i „aranjat", şi mai ales a percepţiei delirante (puţin cunoscute până în psihiatrie) din care se nasc idei delirante.

Această lucrare este mult recomandată.

Dr. Gundhart

Revista revistelor

INTERNE

Hipertensiunea arterială pulmonară primitivă (L'hipertension arterielle pulmonaire primitive) de *C Lian,* Paris Médical Nr. 18—19, Mai. Pag. 296, 1940.

Domeniul afecţiunilor primitive ale arborelui arterial pulmonar este mult mai mare decât se admitea până în prezent. In afecţiunile arteriale pulmonare primitive trebue să i se găsească un loc şi hipertensiunei arteriale alături de arteritele deja descrise.

Autorul descrie trei tipuri principale de hipertensiune arterială primitivă:

a) O formă discretă: hipertensiunea uşoară primitivă fără scleroză arterială (Clacment arterial pulmonar protosistolic, dedublarea permanentă a sgomotului al doilea şi un suflu sistolic; arcul mijlociu mai bombat, o dilataţie pulsatilă a ramurilor arteriale pulmonare a hililor. Electrocardiografic: deviaţia axei electrice la dreapta);

b) O formă mijlocie: hipertensiune mijlocie sau mare şi primitivă asociată sau neasociată de leziuni uşoare de scleroză a arterei pulmonare (găsim în plus cianoza şi hemoptiziile);

c) O formă gravă: Leziuni scleroase accentuate şi primitive a arterelor pulmonare asociate sau nu de hipertensiune arterială pulmonară.

Hipertensiunea pulmonară primitivă se observă în marea majoritate a cazurilor la sexul femenin (2/3 din cazuri) şi la indivizii tineri. Ea este în general izolată, dar poate uneori coexista cu hipertensiunea marei circulaţii, însoţită sau nu de aortită.

Dr. Cornel Meţianu

Vitaminele şi rezistenţa capilară (Vitamine und Kapillarresistenz) de *Dr. H. Franke*. Wien, klin. Wschr. 1941, Nr. 28, p 588.

Determinarea rezistenţei capilare se poate face prin 2 procedee: 1. Metoda stazei prin compresiune, ca în fenomenul lui Rumpel Leede. 2. Metoda aspiratorie bazată pe principiul lui Wecht. Autorul a cercetat acţiunea vitaminei C asupra pereţilor vasculari în cazuri de boală cu deficit în această vitamină, în cazuri unde această vitamină ar trebui să fie foarte activă şi după datele din literatură. Astfel în cazuri cu diateză hemoragică, boli renale, infecţii de focar, boli gastro-intestinale. In 13 din 16 cazuri din această categorie nu se constată nicio modificare a rezistenţei capilare după injecţiuni intravenoase cu doze mari de vitamină C (redoxon, canton, cebion). Autorul nu constată modificarea rezistenţei capilare nici după aplicarea preparatului „citrin" (Factorul de permeabilitate P.). La 8 din 10 bolnavi constată o mărire netă a rezistenţei capilare după aplicarea unui tratament cu sucuri de fructe ceea ce explică de ce tratamentul cu sucul de fructe uneori are un efect de jugulare a infecţiunilor. S'a cercetat apoi acţiunea vitaminei K asupra rezistenţei capilare, timpului de coagulare, de sângerare, a trombocilelor în cazuri de icter mecanic. S'au determinat aceste elemente înainte şi după o cură de 6—7 zile de administrare parenterală de vitamină K, zilnic 200 000 unităţi Dam intramuscular. După cantităţi mari de vitamină K creşte rezistenţa capilară în toate aceste cazuri. Se constată că în icterul malign mărirea rezistenţei capilare nu este aşa de pronunţată ca în icterul litiazic.

Despre utilitatea băilor zilnice (Vom Nutzen der täglichen Bades) de *Dr. H. Kunze*. Zeitschr. f. ärzt. Fortb. 1941, Nr. 16, p. 402.

Părerea generală, că băile zilnice fierbinţi sau reci ar fi nocive pentru organism, nu se poate menţine, dacă pentru fiecare individ se aplică forma de baie potrivită. In anumite grupe de profesiuni, cu sedentarism pronunţat, în locuri supraîncălzite, baia zilnică constitue cel mai bun excitant pentru modificarea metabolismului organismului.

Inmulţirea ulcerelor gastrice şi duodenale în timpul războiului? (Zunahme der Wagen- und Zwölffingerdarmgeschwüre im Krieg?) de *Dr. H. Rothe*. Dtsch. med. Wschr. 1941, Nr. 30, p. 810.

Se face la 7488 indivizi examenul gastro-duodenal, observaţi în ultimii 3 ani. Se constată o importantă periodicitate a suferinţelor gastro-duodenale cu frecvenţă net mai mare iarna Nu se poate constata o frecvenţă net mai mare a afecţiunilor gastro-duodenale dela războiu încoace. Totuşi dela începutul războiului se constată o schimbare în proporţia îmbolnăvirilor gastrice, faţă de a celor duodenale. La aceeaşi frecvenţă de ulcere duodenale se constată o mărire a ulcerelor gastrice.

Pneumonia cronică (Die chronische Pneumonie) de *Dr. H. Thom*. Zeitsch. f. ärztl. Fortb. 1941, Nr. 15, pag. 373.

In acest articol autorul se ocupă de problema pneumoniei cronice: concepţia asupra pneumoniei cronice, condiţiile de producere, tabloul clinic, diagnostic, tabloul radiologic, conduita terapeutică.

Din întreaga expunere a tabloului clinic, rezultă că stabilirea diagnosticului adesea se luptă cu mari greutăţi şi că un diagnostic precis a tabloului clinic adesea e posibil numai după săptămâni câteodată de loc. Vom fi atenţi în special la interesarea concomitentă a pleurei şi la producerea unor mici empieme închistate, pentru care vor trebui făcute puncţiuni, în caz de lipsă repetate. Adesea este foarte greu de diagnosticat şi prin examen radiologic o pneumonie cronică de o tuberculoză exudativă infiltrativă. Diagnosticul diferenţial este dificil cu afecţiunile sifilitice ale pulmonului, cu tumorile plecate dela bronchii şi dela ţesutul pulmonar.

Terapia se începe cu mijloacele obişnuite: comprese, mai bine calde, apoi froteuri puternice, mai târziu dacă starea bolnavului o permite, se vor face băi ceva mai reci sau calde. Câteodată tratament cu becuri electrice supraîncălzite, cu raze ultrascurte. Se vor face exerciţii respiratorii pentru ameliorarea respiraţiei şi pentru a produce o irigaţie mai abundentă a plămânului. In cazurile cu subfebrilităţi prelungite sunt bune 1—2 zile de fructe. Ca tratament medicamentos vin în considerare medicamentele simptomatice, calmante ale tusei, antitermice (piramidon, aspirină, etc.), apoi chimioterapia cu sulfamide: eubasin, albucid, sulfapiridin, eleudrin. Totdeauna se va avea în vedere tratamentul cardiovascular cu: efetonin, simpatol, veritol, cafeină, stricnină, ol. camforat, câteodată injecţii de alcool intravenos, strofantină. Se mai poate aplica autohemoterapie, mici doze de neosalvarsan, vitamina C.

Dr. I. Gavrilă

Maladiile alergice în lumina avitaminozei D şi decalcifierii, de *Dr. H. Jaeger*, Med. spec. Die Medizinische Welt 1940, Nr. 48, Pag. 1224.

Se ştie, că bolile alergice reacţionează foarte favorabil la combinaţiile de Ca, efectul fiind însă de cele mai multeori de scurtă durată. Cauza a găsit-o autorul în faptul că bolnavul suferind de o boală alergică, elimină în cantităţi mărite calciu în urină şi în fecale, din cauza *avitaminozei D.*

Prin administrare de Vigantol sau Detavit se poate suprima această eliminare mărită a calciului.

Prin scăderea numărului ionilor de calciu în organism, se ajunge la o mărire a ionilor de potasiu, care la rândul lor sunt antagoniştii celor de calciu. O consecinţă a avitaminozei *D*, este o sensibilizare a întregului sistem nervos şi o mărire a hipersensibilităţii reactive faţă de proteine străine.

Administrarea suficientă de calciu şi vitamina D. se găseşte în terapia bolilor alergice, pe primul plan, pe lângă adăugarea celorlalte vitamine.

Dolantin în sughiţuri. De *H. Brunner*. (Wien. Med. Wschr. 1940, Nr. 15, pag. 272.)

In formele grave de sughiţ Brunner reuşeşte în urma aplicăriii de Dolantin să înlăture definitiv aceste manifestaţiuni.

K. R., 59 ani, suferă de mai mulţi ani de sughiţ apărut în interval de 10 zile. După 3—4 zile starea generală se agravează astfel încât apăreau spasme clonice ale diafragmului, dispnee, cianoză, defensă abdominală dureroasă, astfel încât alimentaţia era imposibilă din cauza turburărilor în mecanismul de deglutiţie. Gastrită hiperacidă. Se presupune un reflex degajat în urma unei alteraţiuni sifilitice a sistemului nervos central. Tratamentul antiluetic agravează starea generală. Tratamentul gastritei hiperacide, fără rezultat.

Aplicarea de morfină etc. produce un somn neliniştit şi de scurtă durată, în decursul căruia sughiţul continuă cu aceeaşi intensitate. O încercare cu 2 fiole (4 cmc) Dolantin aplicată în mod lent intravenos, duce la un rezultat neaşteptat. In decurs de 2—3 minute, adică încă în decursul injectării, dispare spasmul diafragmatic. Defensa abdominală dispare, astfel încât bolnavul poate să înghită din nou. Efectul acestei injecţii era de aproximativ 6 ore. O aplicare concomitentă de 2 fiole Dolantin intramuscular, măreşte acest efect la 10 ore. In formele mai uşoare ajunge chiar şi jumătate din doza obişnuită de Dolantin.

In afară de o ameţeală trecătoare, Brunner nu a semnalat nici un fel de manifestaţiuni secundare, provenite în urma aplicării intravenoase a Dolantin-ului. Cu toate acestea, se recomandă circumspecţie la aplicarea primei injecţii, aplicând jumătate din doza obişnuită ($^1/_2$ fiolă intravenos).

*

INFECȚIOASE

Recidive de rugeolă. (Masernrecidive) de *Kurt Häntzschel.* Münch. med. Wschr. 1940, p. 1178—1180.

Se relatează o epidemie de rugeolă, în timpul căreia s'au observat 4 cazuri de recidive (1 caz de 5 ani, 1 de 8 luni, 1 de $1^1/_2$ ani, 1 de 2 ani), între 6—23-a zi de boală. Recidiva s'a caracterizat prin toate semnele tipice ale rugeolei. Cazul unde recidiva s'a produs în a 6-a zi de boală a sucombat cu toate că a primit în mod profilactic ser de convalescent. Autorul crede că în toate cazurile întradevăr a fost vorba de o recidivă și nu de o nouă infecție exogenă, fiindcă aceasta a lipsit.

Rubeolă echimotică (Rubeola ecchymotica) de *Yustus Ström.* Acta med. scand. T 105, p. 160—169/1940.

Se trece întâi pe scurt în revistă complicațiile din rubeolă, apoi se descrie un caz tipic de exantem rubeolic hemoragic la 2 adulți. Rezistența capulară la presiune într'un caz și după o lună a fost scăzută.

Asupra problemei tratamentului aparatului circulator în difteria toxică de *Hans Horsters.* Z. ärztl. Fortbildg. 37, p. 33—36/1940.

Difteria s'a accentuat în gravitate din anul 1926. Abia există raporturi între tipurile de bacili diferici și între gravitatea tabloului clinic, în schimb în unele cazuri s'a putut evidenția o infecție mixtă. Prin o terapie cu doze insuficiente de ser se favorizează apariția fenomenelor de insuficiență cardio-vasculară tardivă. De aceea chiar numai la bănuiala de difterie se vor injecta doze mari de ser: până la 6 ani 500 unit. pe kg, mai bine intrav, între 6—12 ani dozele necesare sunt de 5000—12.000 unit. Dozele excesiv de mari nu sunt recomandabile. Fenomenele de insuficiență circulatorie se manifestă în ipotensiune tot mai pronunțată și puls tot mai slab la periferie. Este foarte important și pentru tratament controlul electrocardiografic Pe lângă seroterapie în aceste cazuri s'a dovedit bună și transfuzia de sânge, în cazuri foarte grave nu se va transfuza doze prea mari de sânge. In crizele de insuf. vasculară se va da adrenalină tot la 3 ore $^1/_4$ ing. subc. se poate asocia cu atropină ($^1/_{10}$ - $^1/_4$ ing.). Sunt bune preparatele de corticosuprarenală, 30—40 cc. de pancortex, asociat cu vitamina C. Pentru crizele coronariene strofantină, 0,1—0,2 ing., repetată cu glucoză. In loc de sare se recomandă citrat de sodiu. Regim bogat în hidrați de carbon, sărac în grăsimi și albumine. Dieta și repaosul la pat sunt menținute multă vreme.

Tratamentul dizenteriei cu bacteriofag și desinfectanți intestinali (Die Ruhrbehandlung mit Bacteriophagen und Darmdesinfizientien) de *Dr. Martin Kalinke.* Med. Welt Nr. 31, 1941, pag. 785.

După o scurtă privire generală asupra diferitelor tipuri de bacili dizenterici, ce se întâlnesc în dizenteria bacilară autorul tratează problema tratamentului acestei boli infecțioase. Au fost utilizate în tratamentul acestei boli cu bun succes preparate de bacteriofag polivalent (polifagin, Beringwerke) pe cale bucală și intramusculară, s'a dovedit cu rezultat satisfăcător și aplicarea targesinului pe cale bucală, respective rectală. S'a dovedit mai puțin bun în tratament calomelul, care uneori a produs fenomene de intoxicație ușoară: stomatită, fenomene de iritație renală. In aprecierea valorii absolute a unei terapii în dizenterie trebue să fim foarte rezervați, pentrucă cele mai multe cazuri au o tendință naturală de vindecare numai pe lângă un tratament dietetic și aplicări calde asupra abdomenului. Autorul are 250 de astfel de cazuri tratate numai cu dietă și căldură pe abdomen, toate vindecate, unde s'au găsit bacili dizenterici tip Y, Flexner, Kruse-Sonne.

Dr. I. Gavrilă

CHIRURGIE

Combaterea durerilor în chirurgie, cu ajutorul Dolantin-ului. De *F. Schäfer,* Spit Com. Berlin-Wilmersdorf (Dtsch. med. Wschr. 1939, Nr. 24, pag. 970.)

La aproximativ 400 bolnavi s'a administrat cu succes Dolantin. Bolnavii cu dureri ușoare au fost tratați cu pastile, iar cei cu dureri mai intense cu ajutorul injecțiilor subcatanate, intramusculare și intravenoase Acțiunea spasmolitico-analgetică a acestui medicament a fost evidentă în special în cazurile de calculoze. La 9 din 12 bolnavi cu forme grave de colici renale, aplicarea intravenoasă de 100 mg (injecția a fost repetată de 4 ori, după 15 minute) produce în câteva minute o analgezie perfectă. De asemenea și tenesmele uretrale și ale vezicii urinare provenite în urma unor procese inflamatorii, pot fi înlăturate cu ușurință administrând 100 mg Dolantin, intravenos. In colicile hepatice s'au obținut rezultate analoage, în 2 cazuri după injecții intramusculare și în 3 cazuri după aplicarea intravenoasă de 1—2 fiole; în schimb la un bolnav cu hiperestezie, rezultatul n'a fost îndestulător. In durerile postoperative, Dolantin-ul a fost aplicat în 160 cazuri. Se administrează în loc de 0,01—0,02 g morfină, Dolantin intramuscular la toate operațiile făcute sub narcoza cu Evipan și la cele executate în anestezie locală; în 50 din cazuri această dozare a dus la rezultatul dorit, la celelalte a mai fost nevoie de încă 1—2 fiole în decursul nopții. In 10% din cazurile controlate, efectul Dolantin-ului s'a dovedit neindestulător, probabil fiindcă acest medicament nu acționează ca sedativ, resp. narcotic. Aproximativ 100 bolnavi cu fracturi obținură, unii 1—3 pastile de câte 25 mg Dolantin, injecții subcutanate, intramusculare și intravenoase, în timp ce ceilalți au dureri mai pronunțate. Efectul a fost obținut aproape în toate cazurile. In 30 cazuri de fracturi ale craniului asociate cu comoții cerebrale, Dolantin duce în scurt timp la rezultat. De obiceiu se aplică 4 - 6 pastile (100—150 mg) Dolantin, pentru un interval de timp de 24 ore, nu însă pe stomacul gol. Schäfer aplică în formă de injecții subcutanate și intramusculare de 4 ori câte 100 mg în timp de 24 ore. Intervalul de timp dintre injecții trebue să fie de cel puțin 4—5 ore. Durata injectării intravenoase a unei cantități de 2 cmc Dolantin, trebue să fie de 3 minute; această doză poate fi repetată — în cazurile de colici — numai după 15 minute. Se recomandă însă, să nu se injecteze intravenos cantități mai mari de 200 mg. In ceea ce privește efectul Dolantin-ului aplicat pe cale rectală, ne lipsesc până în prezent observațiuni precise. Din bolnavii tratați cu Dolantin numai 4—5 au prezentat fenomene de greață, transpirațiuni și ameteli, însă numai timp de vreo 10—20 minute — manifestațiuni produse în parte din cauza aplicării pastilelor pe stomacul gol, iar într'un caz, fiindcă s'a aplicat intravenos în decurs de 10 minute o cantitate de 200 mg. Dolantin nu posedă acțiune hipnotică, iar în cazurile în cari se cere acest efect, se recomandă Evipan, Adalin, Phanodorm, etc. Efectul Dolantin-ului (100 mg intramuscular) durează în cazurile grave 3, iar în cele mai puțin dureroase 7—8 ore. Obișnuință și fenomene de cumulațiune nu au fost semnalate până în prezent Aproape în toate cazurile, Dolantin înlocuește cu succes alcaloizii opiului.

Observațiuni asupra tratamentului durerilor operatorii cu analgeticul Dolantin. De *H. Rosenthal,* Policlinica chirurgicală, München. (Münch Med Wschr. 1939, Nr. 28, p. 1079.)

Rosenthal aplică Dolantin în aproximativ 500 de cazuri în cari se cerea o analgezie rapidă, în special în cazurile în cari până în prezent nu se putea renunța la morfină, precum și la derivații din seria opiaceelor; astfel înainte de toate la bolnavii cu hernii, procese inflamatorii ale apendicelui, cancer rectal și gastric, plastii ale articulațiilor, osteomielite, colici renale, (litiaze) gangrene Raynaud etc. Administrarea intramusculară a unei can-

tităţi de 100 miligrame duce, după trecerea unui interval de 8—10 minute, la o analgezie perfectă, care durează timp de 5—6 ore, uneori chiar şi mai mult. Dolantin se administra de obiceiu atât înainte cât şi după operaţie, în special în cazurile de litiază renală şi de gangrenă Raynaud. In 2/3 din cazurile tratate după această metodă, rezultatul obţinut a fost absolut satisfăcător. S'a reuşit de asemenea să se producă o analgezie cu acest medicament, unui bolnav cu empiem pulmonar, care mai suferea şi de astm, tratat cu morfină ; Dolantin a înlăturat chiar şi crizele de astm bronchial. In întrebuinţarea pe o scară atât de vastă a Dolantin-ului n'au fost semnalate nici un fel de manifestaţiuni secundare. Bolnavilor ambulanţi veniţi la consultaţie, Rosenthal le recomandă de obiceiu Dolantin în formă de pastile, iar în unele cazuri, în special în tratamentul durerilor postoperatorii după intervenţiuni mai mici executate sub anestezie locală, au fost recomandate supozitoare cu Dolantin. Pentru repoziţia, precum şi imobilizarea fracturilor, deschiderea panariţiilor, abceselor, furunculilor, etc., Rosenthal aplica în general 2 pastile (= 50 mg) Dolantin, astfel încât după un interval de 15 minute s'a obţinut o analgezie pentru un timp de 3—5 ore. In tratamentul bolnavilor staţionari nu au fost semnalate nici un fel de manifestaţiuni secundare, în schimb în câteva cazuri de tratament ambulatoriu au fost observate ameţeli uşoare, transpiraţiuni, precum şi oboseală, fără însă să apară tulburări mai grave ; chiar şi aceste manifestaţiuni secundare de natură uşoară au fost înlăturate, dacă cantitatea de Dolantin aplicată nu trecea de 25 mg. Din toate constatările făcute în urma tratamentului de aproximativ 500 de bolnavi ambulanţi şi staţionari, reiese că cu ajutorul Dolantin-ului pot fi înlăturaţi pe o scară întinsă derivaţii, precum şi alcaloizii opiului, din tratamentul stărilor dureroase, în special al acelora provenite în urma intervenţiunilor operative.

*

OBSTETRICĂ

Inhibiţia lactaţiei prin Oestromenin Merck de *Dr. G. Wolf*, dela spitalul oraşului Nipsch (Schl., medic şef Dr. W. Meisezahl.). Medizinsche Klinik 1940, Nr. 51, Pag. 1417.

Autorul întrebuinţează pentru prevenirea şi tratarea mastitei în 21 cazuri Oestromenin Merck. Dintre acestea, 12 cazuri au fost staze de lapte şi mastite incipiente post partum, 6 cazuri la naşteri de copii morţi şi avorturi şi 3 cazuri de mastite purulente în perioada de acalmie după incizie. Deja după primele injecţii de 9 mgr. s'au ivit în cele mai multe cazuri o înmuiere a mamelei cu o diminuare corespunzătoare a durerilor. In cazul că se cere numai o restrângere a producţiei laptelui, este suficientă o singură injecţie, în celelalte cazuri, injecţia trebue repetată de 2 ori, mai rar de 3 ori. Prin aceasta s'a reuşit să se îndepărteze chiar ultimele simptome obiective ale unei ptoze de lapte sau mastite. După cazuri de morţi prenatale şi avorturi, lactaţia s'a putut suprima prompt prin Oestromenin. In mastitele purulente avansate cu febră, care au venit la tratament bune de incizat, n'a fost deajuns pe lângă intervenţia chirurgicală numai administrarea Oestromenin-ului, ci au necesitat şi un tratament local cu comprese şi pungi de ghiaţă. Şi în celelalte cazuri terapia a fost completată prin legarea ridicată a sânului şi restrângerea consumării de lichide. Acţiuni secundare ca greaţa şi dureri de cap, au fost observate numai într'un singur caz, cu toată întrebuinţarea dozelor masive de către autor.

In consecinţă autorul recomandă Oestromenin-ul ca un mijloc sigur şi valoros pentru îmbibarea lactaţiei. mai ales în practica obişnuită, prin aceasta medicul poate salva multe mamele, considerate pierdute.

*

GINECOLOGIE

Experienţe cu Dioxidietilstilben (Oestromenin „Merck") de *Dr. Alfons Vischner*, (Dela secţiunea ginecologică a policlinicii generale din Viena Director Docent *Dr. H. Kamniker.)* Die Medizinische Welt, 140, Nr. 43, pag. 1093.

Autorul referă despre bunele rezultate obţinute de el cu Oestromenin „Merck" la 14 cazuri de amenoree secundară (tratamentul a eşuat numai la 2 cazuri la cari regularitatea tratamentului a lăsat mult de dorit), 13 cazuri de oligomenoree şi hipoplazie uterină (şi aci numai 2 cazuri cu rezultate insuficiente), 5 cazuri de dismenoree, 23 cazuri de turburări de menopauză şi valuri de căldură postoperative, cât şi 8 cazuri de prurit vulvar, colpite şi acnee a feţei. Autorul şi-a impus ca bază a măsurilor terapeutice, să înceapă cu doze cât mai mici şi numai la un rezultat insuficient să crească doza. Acest lucru se poate realiza cel mai bine cu Oestromenin-picături. Rezultatele cu această formă trebue să fie considerate ca bune, şi aceasta în primul rând în ceea ce priveşte toleranţa sa.

Inlocuirea morfinei şi a derivaţilor săi în ginecologie, prin Dolantin. De *H. E. Sostmann*, Spit Com. Mannheim. (Med. Welt, 1940, Nr. 13 pag. 325)

Dolantin acţionează ca analgetic fără ca să prezinte în acelaş timp manifestaţiuni narcotice sau analgetice. Sostmann controlează analgezia produsă de Dolantin în mai bine de 200 operaţiuni ginecologice, în care până atunci se aplicau opiacee. In primele 24 ore după operaţie se administrau de 2 - 4 ore câte 1 - 2 cmc Dolantin intramuscular ; analgezia produsă era perfectă şi dura de obiceiu 4—6 ore, fără să fie nevoie de un adaus de alte medicamente. Graţie Dolantin-ului s'a obţinut analgezia postoperatorie dorită, chiar şi după operaţiuni ginecologice mai mari (Freund-Wertheimer). In schimb nu mai era nevoie de cateterizarea obişnuită după aplicarea de opiacee. Anestezia lombară era executată cu o soluţie de Pantocain (soluţia executată cu lichid cefalo-rahidian) ; cefaleele semnalate foarte rar, au fost cu uşurinţă înlăturate în urma aplicării de Dolantin. Acest analgetic are o acţiune pronunţată în special în durerile provenite în urma stărilor spasmodice (dismenoree spastică), astfel încât de obiceiu ajunge aplicarea zilnică a unui supozitor 100 mg. In afecţiunile anexiale acute, în pelviperitonite, în colicile hepatice, aplicarea intravenoasă a Dolantin-ului — contrar opiaceelor — duce în scurt timp la analgezia necesară. In unele cazuri de tuse spasmodică s'a aplicat cu succes Dolantinul în locul Codeinei.

Dolantin a mai fost aplicat cu succes pentru slăbirea defensei abdominale în examinările interne, precum şi pentru prepararea cistoscopiilor. In formele grave de carcinomatoză, acţiunea Dolantin-ului poate fi diminuată din cauza obişnuinţei cu morfină. In urma aplicării parenterale (i. v. ; s. c. ; i. m.) a Dolantin-ului se semnalează o scădere a tensiunei sanguine cu 20 mm Hg. Nu s'a observat însă niciodată obişnuinţă faţă de acest medicament.

Dolantin un spasmolitic şi analgezic nou în ginecologie. *W. Dollé*, Clinica ginecologică, Ludwigshafen a. Rhein

La operaţiuni care au fost executate aproape întotdeauna sub rachi-anestezie, Dollé a dat pacientelor ca analgezic Dolantin în loc de morfină. Dacă durerile devin mai slabe, Dolantin (intramuscular, supozitoare) este înlocuit între altele, prin Novalgin. Chiar la intervenţiuni mari, la extirparea totală a uterului, la laparatomii, în total la 34 operaţii, Dolantin a dat rezultate bune în 26 de cazuri, mediocre în 2 cazuri şi eşec în 6 cazuri. Cel mai bun efect s'a obţinut prin asocierea de Dolantin injecţii cu Dolantin supozitoare. Chiar un tratament de 9 zile cu injecţii (zilnic 2 fiole) a fost bine suportat. In general s'au putut înlocui a doua zi, în tratamentul combinat, injecţiunile de Dolantin (2 cmc intramuscular) prin supozitoare. La intervenţiuni mai mici (exciziuni,

curetage, inciziuni mamare) tratamentul numai cu supozitoare de Dolantin a fost îndeajuns în 19 cazuri. Numai odată efectul analgezic a fost slab. Nu era nevoie de mai mult de 3 supozitoare pe zi. La 13 paciente cu sciatică rebelă (cancer inoperabil), în pielită în timpul sarcinei cu dureri spasmodice, în sfârşit în dureri blenoragice (Dolantin intramuscular, sau supozitoare, sau tratamentul combinat) Dolantin a suprimat durerile. La 5 paciente cu prurit vulvar era de ajuns Dolantin în supozitoare. In avort incomplet Dolantin a înlăturat durerile de facere în 2 cazuri. Accesele vărsăturilor de sarcină au fost micşorate într'o anumită măsură de Dolantin. De 3 ori Dolantin a dat greş, adică în avort, pielită şi cancer, unde şi morfina a rămas fără efect. Intravenos nu s'a dat Dolantin, deoarece administrarea intramusculară era suficientă. Suprimarea durerilor se obţine după 5—10 minute şi durează 3—4 ore. Efectul supozitoarelor începe după 20—30 minute şi durează 2—3 ore Ameţeli şi depresiuni de scurtă durată s'au observat la cele 66 paciente în tratament, de 3 ori. La celelalte n'au fost niciun fel de accidente, mai ales simptome de obişnuinţă şi manie.

*

NEUROLOGIE

Tratamentul sclerozei multiple. De *A Werner*, Sanat. Kreischa, Dresda. (Psych-neurol. Wschr. 1939, Nr. 40, pag. 441)

Werner semnalează ameliorări importante obţinute în cazurile de scleroză multiplă, în urma tratamentului cu injecţii de săruri de calciu şi aurodetoxină. Tratamentul cu aur trebue întrerupt însă, îndată ce apar manifestaţiuni secundare. Cu ajutorul extrasului hepatic s'au obţinut îmbunătăţiri importante. Werner administrează timp de 6 săptămâni, de 3 ori pe zi câte o lingură Hepatrat, precum şi 2—3 cmc Campolon. După aplicarea Dolantin-ului se obţine o analgezie pronunţată, pe lângă o ameliorare importantă în ceea ce priveşte sensibilitatea regiunii anovezicale. în cazurile în cari s'a obţinut în prealabil o îmbunătăţire a stării generale, precum şi a motilităţii, graţie tratamentului cu Campolon, aplicarea de 4—6 tablete pe zi, apoi tot la 2 zile de câte 2 cmc intrafesier, reface sensibilitatea, înlăturând totodată şi spasmele (în unele cazuri au fost semnalate ameţeli trecătoare). Medicamentul Homburg 680 preparat pe bază de belladonă, are o acţiune similară ca şi Dolantin, bolnavii preferă însă Dolantin, din cauza „uşurării generale" pe care o produce

Epilepsie giratoare (L'épilepsie gyratoire) de *R. Garcin* et *M. Kipfer*. Paris médical 1941, Nr. 3, pag. 29—40.

Autorii într'un foarte documentat articol expun problema epilepsiei giratoare, discutând patogenia şi evidenţiind valoarea de localizare a leziunilor în legătură cu sensul în care se face rotarea. Astfel „epilepsia girantă, precedată în acelaş sens de o deviaţie conjugată a capului şi ochilor, permite când aceste 2 deviaţiuni se fac constant şi totdeauna în acelaş sens, de a suspecta o leziune a hemisferului stâng, când giraţiunea se face în sens horar şi de a incrimina o leziune focală a hemisferului drept în caz de rotaţie antihorară."

Neurologia în 1940 (La neurologie en 1940) de *A. Boudouin* et *H. Schaeffer*. Paris médical, 1940, Nr. 51—52, pag. 585—598.

Este o trecere în revistă şi o punere la punct a unor probleme de neurologie ale anului 1940. Aşa sunt:

1. *Paraplegia scoliotică*. E o complicaţiune excepţională a deviaţiilor vertebrale, cari în majoritatea cazurilor rămân ignorate până la apariţia semnelor nervoase; aspectul clinic apropiindu-se de cel al compresiunii medulare cu paraplegie spasmodică. Patogenia se explică prin turburările de circulaţie sanghină şi a l. c. r. cât şi prin compresiunea medulară determinată de tensiunea părţii posterioare a sacului dural dela nivelul deviaţiei vertebrale. Terapia constă în laminenctomie cu deschiderea meningelor.

2. *Manifestaţiunile convulsive în tumorile cerebeloase*. Ele se manifestă sub formă de crize sincopale, tonice şi clonice. Patogenia lor pare să fie univocă, fiind provocate de turburări de circulaţie (ischemie) a centrilor nervoşi în raport cu hipertensiunea intra craniană.

3. *Edemul cerebral*. Are un rol preponderant în tumorile sau abcesele cerebrale, determinând adesea şi o angajare în gaura occipitală a amigdalelor cerebeloase sau a lobului temporal. Patogenia e foarte complexă, cei mai mulţi admit ipoteza unui centru situat în trunchiul cerebral, de unde ar pleca excitaţiuni cari determină edemul acut şi generalizat al creerului.

4. *Sciatica şi discul intervertebral*. Foarte adesea sciatic zisă reumatismală ţine de o compresiune radiculară, produsă de luxarea înapoi a discului intervertebral corespunzător, ca rezultat a unor traumatisme sau microrraumatisme repetate. Tratamentul constă în rezecţia fragmentului meniscal luxat.

5. *Terapeutica vitaminică în neurologie*. Dă rezultate în primul rând în polinevrită, apoi în turburările mintale ale alcoolismului cronic, în delirium tremens, poliomielită, encefalită letargică, parkinsonism, mieloze funiculare. In aceste cazuri vitamina B1 dă rezultate, pe când în scleroza în plăci se asociază şi vitamina nicotinică, iar în distrofiile musculare, scleroză laterală amiotrofică se arată mai cu efect vitamina E. Administrarea se face după cazuri: subcutan, oral, intravenos sau chiar intrarachidian.

Tratamentele hormonale ale maladiei Addison. Rezultatele şi pericolele lor. (Les traitements hormonaux de la maladie d'Addison. Leurs résultats, leurs dangers.) De *I. Lereboullet*. Paris médical, 1941, Nr. 7, pag. 101.

Tratamentul cu extracte glandulare dă cele mai bune rezultate, dar e foarte costisitor, având în vedere că e vorba de o terapie de substituţie care trebue făcut indefinit. Dintre preparatele sintetice autorul relatează succese cu desoxicorticosteronul lui Reichstein în doză de 6—20—25 mlgr pe zi asociat cu 6—8 gr clorură de sodiu şi regim sărac în K şi bogat în Na. In câteva zile sau săptămâni dispare astenia, greaţa, turburările gastro-intestinale, creşte rezistenţa la infecţii, se reţine Na şi apa de unde rezultă şi o creştere rapidă în greutate, sporeşte eliminarea de K, mai tardiv se ridică şi tensiunea arterială, dar practic nu are influenţă asupra pigmentaţiunii şi metabolismului HC.

Accidentele: Edemul ca o consecinţă directă a retenţiei exagerate de apă, putând duce la insuficienţă circulatorie la vechii cardiaci; tardi tensiunea arterială se ridică la valori înalte, tot aşa pot apare o hipoglicemie şi o hipo-potasemie, cari însă dispar la reducerea dozei de preparat sintetic, la suprimarea Cl Na, respective la un regim bogat în HC şi în K Reacţiunile generale ca febra, starea de rău, par să ţină de ingredientul uleios al preparatului. Prin faptul că nu are acţiune asupra metabolismului HC (în opoziţie cu extractul de suprarenală) şi cum unele simptome clinice persistă chiar după administrarea de doze excesive de hormon sintetic, îndreptăţeşte presupunerea că desoxicorticosteronul nu ar reprezenta adevăratul (sau totalitatea) hormon corticosuprarenal, de unde necesitatea ca în cazurile de puseuri acute sau dacă unele simptome rămân ireductibile, să se asocieze şi extract glandular.

Dr. Duma Desideriu

Cercetări anatomo-patologice asupra leziunilor cerebrale în terapeutica convulsivantă a demenţei precoce. (Recherches anatomo-patologiques sur le lesions cerebrale dans la thérapeutique convulsivante de la démence précoce) de *Jan Cammermeyer* (Oslo). Journ. Belge de Neur. et de Psych. Vol. XL, Nr. 4, An. 1940, pag. 169.

Considerând interesul mare ce-l prezintă terapeutica prin insulină şi cardiazol în tratamentul psichozelor, autorul cercetează cazurile de moarte determinate de terapeutica convulsivantă. In

primul capitol se ocupă de insulină, iar în al doilea de cardiazol. După ce discută pe larg publicaţiunile în legătură cu acest subiect, autorul expune amănunţit atât clinic cât şi anatomo-isto-patologic cele 8 cazuri fatale şi îşi complectează expunerea cu mai multe fotografii, după ce trage următoarele concluziuni:

I. Insulina.

1. Provoacă în unele cazuri leziuni cerebrale similare celor din turburările circulatorii funcţionale.

2. In mai multe cazuri de moarte survenite în decursul tratamentului cu doze mari de insulină, nu se găsesc leziuni grave a paranchimului, nici a vaselor.

3. Din p. d. v. fizio-patologic se pare că hipoglicemia insulinică lucrează prin anoxemie. Este posibil ca turburările circulatorii să fie declanşate printr'un mecanism analog

4. In ce priveşte cauza morţii, ea este probabil, adeseori dată de necroza unei părţi întinse din ţesutul cerebral.

5 In multe cazuri nu găsim leziuni cerebrale susceptibile de a explica evoluţia fatală. Probabil că insulina provoacă asupra altor organe (cord, ficat, etc) deja alterate, turburări generale de circulaţiune, de unde turburări ale metabolismului şi moartea.

6. Nu există leziuni histo-patologice tipice morţii prin insulină.

7. Cauza morţii în cursul curei prin insulină poate fi produsă:

a) printr'un mecanism central: leziuni grave a creerului;

b) printr'un mecanism extracerebral, bronchopneumonie, circulaţie defectuoasă, etc

II. Cardiazolul.

1. Poate da leziuni corticale foarte grave cu dispariţia complectă a celulelor nervoase, sau cu leziuni celulare serioase.

2. Prin întinderea şi caracterele lor, aceste necroze corticale seamănă cu cele din turburările circulatorii funcţionale descrise de Spielmeyer în epilepsie şi cu cele întâlnite în cazurile de moarte după insulină.

3. De altă parte se văd cazuri cari nu arată nici o leziune neuronală, glială sau vasculară.

4. Având în vedere aceste cazuri negative şi ţinând cont că evoluţia fatală e foarte rară, trebuie să admitem că efectul cardiazolului nu este de lungă durată şi că noi nu-l putem întotdeauna aprecia cu metodele istologice actuale. In acelaş timp aceste constatări confirmă că mecanismul de acţiune al cardiazolului este funcţional.

5. Efectul cardiazolului se întinde asupra tuturor organelor. O evoluţie fatală în cazurile unde examenul sistemului nervos rămâne negativ se poate explica prin leziunile organelor extracerebrale.

6. Cauzele accidentelor mortale în cursul curei prin cardiazol se pot grupa în patru:

a) centrală; leziuni întinse în sistemul nervos central;

b) extracerebrală, în urma unei circulaţiuni generale defectuoase a unui deficit în circulaţia cardiacă, sau în urma unor leziuni pulmonare.

c) determinată de complicaţiunile cerebrale secundare efectului cardiazolului, provocate de traumatisme.

d) accidentală.

Dr. Ioan Şerbu

*

DERMATOLOGIE

Forme evolutive deosebite ale epiteliomatozei superficiale. (Besondere Verlaufsformen der superfiziellen Epitheliomatose) de *H. G. Piper*. Dermatologische Wochenschrift, Nr. 22, 1941, pag. 429.

Carcinomele superficiale localizate mai alee pe trunchiu, au un caracter staţionar şi de multe ori evoluiază sub tabloul unei eczeme, psoriase, lichen ruber etc. Evoluţia lor benignă şi aspectul lor morfologic au făcut să li se dea o serie de numiri: Epitelioma Pagetoidă (Darier), epiteliome multiple superficiale (Ketron), Erythematoid benign Epithelioma (Little), epiteliomatosis superficial (Ormsby-Montgomery), epiteliome cutanate ale trunchiului (Iadasohn) şi carcinoide (Arning).

Autorul relatează observaţiunile clinice a 3 cazuri de epiteliomatoză superficială. In 2 cazuri s'au desvoltat formaţiuni tumorale în interiorul leziunilor, în al 3-lea caz s'au produs două ulceraţiuni carcinomatoase pe spate şi un carcinom pe faţă, pe lângă acestea bolnavul mai avea şi o psoriasă

După literatura consultată de autor în această direcţie, desvoltarea de tumori a fost observată în 14 cazuri, ulceraţiuui în 17 cazuri, asocierea cu carcinom al feţei de 7 ori, cu cancer al laringelui odată (1). Apariţia solitară sau multiplă de carcinome ale trunchiului în psoriasă, a fost observată de 18 ori, cifra probabil este însă şi mai mare din lipsa de date precise.

Epiteliomatoza superficială este o variantă a carcinomului. la desvoltarea tumorilor sau ulceraţiunilor, cari pot fi de natură bazo- sau spinocelulară, îşi păstrează caracteristicile ei deosebite, Este asociată cu carcinome ale altor regiuni, în special ale capului. Frecvenţa ei relativă în psoriasă, se datoreşte probabil iritaţiunii germenilor închistaţi prin dermatoza cronică.

Rezultatele terapeutice cu acid nicotinic în eritemele multiforme. (Behandlungsergebnisse mit Nikotinsäureamid bei multiformen Erythemen) de *E. Keining* şi *F. A. Oldach* Drrmatologische Wochenschrift Nr. 15, 1941, pag. 285.

In cazurile de eritem polimorf, în cari lipsesc simptomele prodromale amigdaliene şi reumatoide, indiferent că era vorba de un tip obişnuit al boalei, sau de un tipus inversus, s'a obţinut prin tratamentul cu acid nicotinic o vindecare promptă şi sigură, Tratamentul s'a făcut cu preparatul Nicobion al Firmei Merck, injectându-se zilnic intramuscular o fiolă à 1 cc., conţinând 0,1 gr acid nicotinic

In cele mai multe cazuri se observă o regresiune a erupţiunei după primele 2 sau cel mult 3 injecţiuni de acid nicotinic. In cazurile mai renitente au trebuit 5—6 injecţiuni şi într'unul singur a fost nevoie de 7 injecţiuni, pentru a face să dispară complet erupţiunea cutanată şi totodată şi leziunile de pe mucoase.

Bolnavii remarcau ei înşişi regresiunea promptă a leziunilor dela injecţiune la injecţiune.

Recidivele atât de dese în această afecţiune n'au fost observate decât într'un singur caz şi şi în acesta tratameutul a fost prea scurt timp făcut, prin instituirea din nou a tratamentului cu acid nicotinic recidiva a fost repede vindecată.

Pentru a face un tratament cât mai masiv şi pentrn a înlătura orice posibilitate de recidivă, în toate cazurile s'au administrat 10 injecţiuni de acid nicotinic.

Dr. Liviu Modran

Despre tratamentul şi natura Dishidrozei (Cheiropompholix) de *Dr. Mathias Roller*, Rossatz/N.-D. Medizinische Klinik 1940, Nr. 47, pag 1305

Autorul institue tratamentul la maladiile exudative ale piele cu o dietă bogată în albumine, săracă în calorii şi administrare de *A. T. 10* (vezi Mediz. Klinik 1940, Nr. 4), comunicând în lucrarea prezentă rezultatele obţinute la manifestările exudative ale mâinilor şi picioarelor în tabloul morbid al dishidrozei. In cele 5 cazuri, rezultatele au fost atât de strălucite, încât autorul avea impresia de a fi înlăturat cauza turburărilor. In 3—6 zile s'au vindecat complet manifestările exudative, fără vreun tratament local, în urma modificărei dietei şi administrărei de 3 ori pe zi câte 15—30 picături de A. T. 10.

Autorul atrage atenţia asupra faptului că tratamentul dietetic şi cu A. T. 10 nu trebue considerat ca un tratament al eczemei în general, ci influenţează numai formele exudative.

*

VENEROLOGIE

Tratamentul Limfogranulomatozei inghinale cu Uliron (Die Behandlung der Lymphogranuloma inguinale mit Uliron) de *Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. L. Pop* şi *Dr. N. Lengyel.* Dermatologische Wochenschrift Nr. 19, 1941, pag. 375

Autorii bazaţi pe 20 de cazuri de Limfogranulomatoză inghinală tratate cu Uliron, trag următoarele concluzii:

Cu introducerea sulfonamidelor şi în primul rând a Ulironului în tratamentul Boalei lui Nicolas Favre s'a făcut un mare progres în terapeutica acestei afecţiuni, putând vorbi de un tratament aproape specific.

Tratamentul cu Uliron s'a făcut sub forma de atacuri ca şi în blenoragie, administrându-se 6 tablete la zi timp de 4 zile într'un atac. In Limfogranulomatoza inghinală au fost suficiente 2—3 atacuri cu Uliron în cele mai multe cazuri, în cazuri excepţionale 4—5 atacuri, pentru a ajunge la o vindecare completă a afecţiunei.

In privinţa prezenţei şancrului limfogranulomatos, autori remarcă faptul că în cazurile observate de ei prezenţa acestuia a fost rareori constatată.

In privinţa clasificaţiunii lui Gjuric, care distinge trei forme de limfogranulomatoză inghinală din punct de vedere clinic, deşi această clasificaţiune e bună din punct de vedere schematic, totuşi ea nu poate fi luată ad litteram, deoarece sunt multe excepţiuni dela această clasificaţiune.

Chimiotherapia blenoragiei în lumina noilor experienţe. (Chemotherapie der Gonorrhoe im Lichte neuerer Erfahrungen) de *W. Volavsek* Dermatologische Wochenschrift Nr. 3, 1941, pag. 41.

Autorul relatează rezultatele obţinute cu Albucid în 368 de cazuri de blenoragie. Dintre 69 de femei tratate cu Albucid în 65 de cazuri (94, 2%) s'a obţinut dispariţia gonococilor, după 7 zile de tratament In 15 cazuri de vulvovaginite nu s'au obţinut rezultate apreciabile.

In 284 de cazuri de blenoragie la bărbaţi, s'a obţinut dispariţia gonococilor în 247 de cazuri (87%) după 5 zile de tratament. Nu s'a remarcat o influinţă apreciabilă în raport cu vechimea infecţiunii. Cele mai multe eşecuri au fost în cazuri de prostatită (28%); cele mai bune rezultate au fost în uretrita blenoragică subacută şi cronică, unde vindecarea a fost în 100%.

Din considerente sociale şi economice se recomandă un tratament cât mai precoce cu Albucid, însoţit în acelaşi timp de un tratament local. Celelalte complicaţiuni ale blenoragiei afară de prostatită sunt prompt influinţate prin tratament.

Accidente în urma tratamentului cu Albucid nu s'au observat decât în 2,2% din cazuri şi anume în 4 cazuri exanteme şi într'un caz nevralgie.

Prin tratamentul cu Albucid s'a reuşit un remarcabil progres în tratamentul blenoragiei, făcându-se un tratament abortiv al infecţiunii şi implicit o scurtare însemnată a duratei boalei

Dr. Liviu Modran

*

OFTALMOLOGIE *)

La biomicroscopia del cristallino in soggetti affetti da retinita pigmentosa. *Giovanebattista Basile* Annali di ottalmologia e clinica oculistica, 8, 1939, pag. 587.

Autorul studiază biomicroscopia cristalinului la 26 bolnavi atinşi de retinită pigmentară şi constată: 1. la bolnavii cu degenerescenţă incipientă a retinei, cristalinul prezintă o tulburare difuză a stratelor subcapsulare posterioare, asociate uneori cu opacităţi punctiforme în straturile anterioare şi cu o vie iridescenţă a cristaloidei posterioare. 2. La cei cu leziuni degenerative mai avansate ale retinei, opacităţile dela polul post devin mai dense, de culoare gris, cu o formă stelată sau de rozetă, cu prezenţă de vacuole sau cristali de colesterină, ce le dă aspectul de miez de pâine, din care cauză reflezul iridescent devine şters la polul post. şi vizibil la periferia rozetei.

Cu timpul opacităţile se extind către periferia şi centrul cristalinului, opacitatea subcapsulară anterioară se măreşte luând aspectul unei cataracte polare anterioare, cu aspect multiform gri difuz şi cu aceeaşi iridiscenţă ca polul posterior. 3. In stadii f. avansate, când vederea e f. redusă (abia numără degetele) sau numai cu percepţie luminoasă, aceste opacităţi subcapsulare post. sau ant. se asociază cu o opacifiere difuză a nucleului şi a suturii post. Din cei 26 bolnavi examinaţi, 12 aveau opacităţi subcapsulare de tip stelat, iar restul aveau opacităţi subcapsulare ant. Două cazuri, pe lângă aceste două feluri de opacităţi prezentau şi opacifierea nucleară şi a suturei post.

Aceste cataracte sunt numite de autor complicate sau cheroideale. Tipul cataractei cu opacifieri post se poate confunda cu cataracta cupuliformă senilă sau traumatică.

Un cas d'altération grave du cristallen et de l'oeil par le radium. *M. A. Dolfus, A. Hudele et Paulin.* (Observation clinique et anatomo-pathologique.) Archives d'ophtalmologie No. 1, 1, 1939

Se ştie că aplicaţiile terapeutice ale radium-ului a razelor X şi a razelor infra-roşii la faţă, a determinat deseori leziuni oculare grave şi chiar pierderea definitivă a vederii. S'a constatat că ochiul tinerilor este mai sensibil la iradiaţii decât al adulţilor şi că din glob partea cea mai radio-sensibilă este cristalinul. Cataractele după iradiaţii apar cam între 1—8 ani. Debutul este insidios cu opacităţi la polul şi corticala post. cu vacuole şi degenerescenţa fibrelor posterioare ale cristalinei apoi opacitate totală. Autorii publică acest caz în scopul de a preciza leziunile anatomo-patologice şi de a da indicaţiuni asupra terapiei lor.

Este vorba de un bolnav cu epithelioma pleoapei inf. O. S. ce datează din anul 1920. I se aplică un tratament radiumterapie la Inst. de Radium din Paris în 1935. După două luni de tratament, ulceraţia se epidermizează complet. Revine cu vederea scăzută, lăcrămare, în 1937. Examinat ocular s'a găsit: injecţie perikeratică, sinblefarom conj. inf., cornea cu o descuamaţie epithirido-cyclită, opacifierea cristalinului. In 1938 se prezintă din nou cu sinblefarom total, cornea opalescentă cu panus difuz şi ulceraţii, irită şi cataractă. Din cauza ulceraţiilor ce ameninţau cu perforaţia s'a procedat la enuclearea globului, care s'a găsit foarte aderent la ţesuturile vecine. Examenul anatomo-pathologic al acestei piese prezenta următoarele: pe faţa post. a cristalinului în corticală pe o grosime de 1/2 până la 3/4 de mm. se pot vedea nişte sferule de diferite dimensiuni ce formează o pătură compactă. Restul masei cristalinului este amorfă. Sferulele sunt mai clare ca aspect decât masa cristalinului, iar unele sunt aranjate sub forma unor mure.

In retină, pătura pigmentară e deplasată. Choroioa prezintă şi ea leziuni pigmentare (migrări şi poliferări de pigment). Irisul şi c. ciliar nu au leziuni tipice. Cornea prezintă descuamarea epitheliului şi ulceraţii profunde.

Autorii cred că aceste leziuni ar fi determinate de o iradiaţie secundară caustică, formată la nivelul plumbului masiv sub formă de lame de 2 mm ce a servit de protector în timpul iradierilor.

De aceea ei indică pentru protecţie plăci de ceară impregnată cu săruri de plumb, iar din punct de vedere a dozării se va căuta să se evite iradierile prea concentrate în puţine zile.

*) Cercul de referate al Clinicei Oftalmologice din Iaşi. Şedinţa din 14 Mai 1941.

Retinite di Coats. (Studio a proposito di un caso di affezione bilaterale.) *Vitangelo Spadavecchia*. Annalli di ottalmologia e clinica oculistica, 9, 1939, pag. 641.

Studiu amănunțit asupra acestei boale cu insistență asupra patogeniei care este și astăzi obscură. Lucrarea e determinată de observația unui caz de retinită a lui Coats bilaterale având cadrul tipic al angiogliomatozei cu participarea uveei. Transparența mediilor a permis examenul complet al leziunilor intraoculare. Patogenia este larg desvoltată arătându-se cele două teorii: retiniană și choroidiană. Studiază diversele leziuni vasculare, retiniene, proliferări gliale, depozite de colesterină. In rezumat leziunea este explicată prin:

a) Ipoteza genetică vasculară, retiniană, choroidiană sau retino-choroidiană (orig. inflamatorie și neinflamatorie);

b) Ipoteza genetică tissulară retiniană (orig. inflamatorie și neinflamatorie);

c) Procese diverse concomitente.

Evoluțiu boalei are patru perioade: *a)* Prepararea locală și predispoziția din partea retinei; *b)* Perioada inițială de formare a unei mase transudative și fenomene hemoragice; *c)* Perioada de evoluție (masa transudativă subretiniană devine o masă bogată în albumine); *d)* Perioada de organizare și transformare fibroasă. Trece în revistă pronosticul complicațiilor și tratamentul bolii.

Les angiospasmes rétiniens. *Emmanuel Paterakis.* Archives d'ophtalmologie, 2, 1939, pag 112.

Este un studiu asupra angiospasmului retinian din toate punctele de vedere. Poate fi esențial sau supraadăogat după cum e cazul la un hipertensiv sau la un artritic. Diagnosticul e ușor de pus în timpul crizei când avem un semn oftalmologic important și anume reducerea calibrului vascular, pe lângă care adaugă semne clinico-terapeutice ca pulsul arterial provocat și efectul nitritului de amil ce face să dispară spasmul Inafara crizei vederea e normală. Trei observațiuni sprijină clasificarea după sediu a spasmului: *a)* spasmul interesează artera centrală a retinei; *b)* spasmul interesează un singur ram; *c)* spasmul se găsește la arterele maculare. Aici se poate vedea leziuni de retinită capilaro-spastică Bailliart Cauzele sunt numeroase: hipertensiunea, syfilisul, epilepsia, intoxicațiile cu subs. chimice (tutunul, chinina, gardenalul, cafeaua, alcoolul, salicilatul de sodiu, ergotina, extractul de ferigă, bromura de K, antipirina, saturnismul), intoxicațiile parazitare (tenia, paludismul), autointoxicațiile hormonale, ovariene, thiroidiene, hipofizare, insuficiențe (hepatică, renală), astmul, leziuni endo-nasale, dentare și sinusale, cauze generale (oboseala, frigul) Terenul are însă rolul cel mai important și pare a fi determinat de toxi-infecțiuni Un astfel de teren se numește angioneuretic.

In patogenia afecțiunii se notează faptul că vasele retiniene au o mobilitate proprie, determinată de un hormon ce provine din desechilibrul simpatico-endocrinian din organism.

Diagnosticul diferențial se face cu angiospasmul cortical, cu embolia arterei centrale, cu nevrita retrobulbară, cu migrena oftalmică etc.

Prognosticul este favorabil. El depinde de intensitatea și durata leziunii. Astfel cazurile prelungite și repetate duc la degenerări ale retinei, atrofii ale papilei etc.

Tratamentul este cauzal și simptomatic: regim lipsit de alcool, cafea, nitrit de amil, acecolină, inj. cu novocaină sau adrenalină retrobulbar, luminal, papaverină, corective endocriniene.

Contribution à l-étude des fluxions orbitaires d'origine naso-sinusienne. *P. Vancea*. Revista științelor oto-rino-laringologice, Nr. 1—2, 1941, pag. 17.

Publicând observațiunea unui caz de fluxiune orbitară cauzată de o infecție naso-sinusiană, ameliorată prin tratament medical și vindecată după etmoidectemie anterioară cu luxația $^1/_2$ anterioare a cornetului mijlociu, autorul face cu aceasta ocazie o precisă descripție a rapoartelor orbitei cu sinusurile periorbitare. Arată cele două forme clinice, superficială și profundă ale fluxiunii orbitare, accentuând asupra necesității tratamentului chirurgical, în cazurile când: *a)* tratamentul medicamentos este insuficient; *b)* în caz de diagnostic îndoelnic; *c)* când afecțiunea se complică de tulburări nervoase, în special de nevrită optică.

Articolul este ilustrat cu o schemă reprezentând o secțiune frontală prin orbită și o radiografie a cazului clinic expus.

Traumatisme cranien avec syndrome Gradenige consecutif. *Dr. Brătescu, M. Lăzeanu* et *Mlle Dr. M. Antoniade* Soc. rom. de O. R. L., 3 Febr. 1940. Revista științelor oto-rino-laringologice, Nr. 1—2, 1941.

Cazul unui copil de 9 ani ce sufere un traumatism cranian și comoție cerebrală, epistaxis, otoragie dreaptă, febră timp de 15 zile. Examenul ocular indică o deviație a globului ocular dr. strabism convergent, paralizia m. drept intern. Fundul ochiului normal. Examenul O. R. L arată o otită medie supurată dr. reacție mastoidiană. Radiografia arată fractură cu înfundarea occipitalului. Vindecarea se obține prin tratament otologic. Deviația globului dispare în 30 zile, aplicându-se curenți electrici.

Autorii cred că sindromul este datorit unei fisuri ale stâncii, invizibilă la radiografie. Extratul sanguin a determinat un proces inflamator de leptomeningită seroasă în vecinătatea perechii VI, producând paralizia M. O. E Asociată cu otita dă sindromul lui Gradenige.

Recomandă tratament otologic, iar la ochi curenți galvanici și faradici.

Hémiatrofie faciale droite post-traumatique. *Med. Commandant Dr. O. Aramă, Med. Capitaine Dr. J. Lupulescu* et *Med. Lieutenant Dr. I. Olteanu*. Soc rom. de O. R. L, 3 Febr. 1940.

Observațiunea clinică a unui bărbat de 37 ani, care după un traumatism facial și cranian dr. observă instalându-se o hemiatrofie facială dr. progresivă care interesează toate țesuturile până la os In examenul ocular se notează: exoftalmia gl. ocular dr. orbita excavată, deschiderea palpebrală mai deschisă decât la stânga, pupila dr. se dilată mai mult cu andrenalină decât stânga. In rezumat syndromul lui Claude Bernard—Herner. Cazul este interesant ca document clinic, prin patogenia atât de discutată a acestei afecțiuni descrisă la 1846 de Romberg sub numele de trophonevroza feței.

Secretar general N. Coval

Note şi informaţiuni

In Monitorul Oficial Nr. 181 din 2 Aug. 1941, partea I, pag. 4552, s'a publicat următorul Decret-Lege, pentru modificarea art. 9 şi 10 din legea pt. procurarea măştei contra gazelor de către toate autorităţile, instituţiile şi întreprinderile de Stat şi particulare.

Art. unic. — Articolele 9 şi 10 din „Legea pentru procurarea măştii contra gazelor de către toate autorităţile, instituţiile şi întreprinderile de Stat şi particulare" se modifică după cum urmează:

Art. 9. — Măştile vor fi de modelul măştii civile Md. 1935, Md. V. M. 1937, sau alte modele măşti, care vor fi omologate de către Ministerul Apărării Naţionale.

Art. 10. — Preţurile măştilor ce urmează să fie procurate de instituţiile şi întreprinderile prevăzute de art. 1 şi 2, se fixează la Lei 700 per bucată, loco fabrică, şi 784 Lei vândută prin oficiile de vânzare; acest preţ este valabil pentru toate comenzile de măşti făcute fabricilor autorizate, cu începere dela 27 Februarie 1940, dar încă nelivrate.

In viitor preţul măştilor necesare populaţiei civile se va fixa de Ministerul Apărării Naţionale, prin decizie ministerială în raport cu fluctuaţiunile de pre ale pieţii.

Vânzarea acestor măşti este scutită de impozitul pe cifra de afaceri.

In Monitorul Oficial Nr. 181 din 2 Aug. 1941, partea I, pag. 4553, s'a publicat următorul Decret-Lege, privitor la acordarea unei indemnizaţii de reşedinţă funcţionarilor din Basarabia şi Bucovina.

Art. 1. — Funcţionarii publici, care ocupă o funcţiune civilă într'unul din judeţele reocupate din Basarabia şi Bucovina de Nord şi care îşi au domiciliul în aceste provincii, vor primi, în afară de salarii, o indemnizaţie de reşedinţă, care se fixează după cum urmează:

a) 30% din salariul brut pentru funcţionarii având salarii până la 10.000 Lei.

b) 20% din salariul brut pentru funcţionarii având salarii dela 10.000—20.000 Lei lunar.

c) 15% din salariul brut pentru funcţionarii având salarii dela 20.000—30.000 Lei lunar, şi

d) 10% din salariul brut pentru funcţionarii având salarii mai mari de 30.000 Lei lunar.

Calculul indemnizaţiei cuvenite se va face aplicând coeficenţii de mai sus pe tranşe din salariu.

Art. 2. — Din această indemnitate de reşedinţă nu se face nicio reţinere pentru impozite sau pensie; ea nu poate fi poprită sau urmărită pentru niciun fel de datorie.

Art. 3. — Indemnitatea de mai sus nu se acordă funcţionarilor care beneficiază de dispoziţiunile Decretului-Lege Nr. 1913 din 30 Iunie 1941.

In Monitorul Oficial Nr. 194 din 18 Aug. 1941 partea I, Pag. 4848, s'a publicat vacant postul de medic primar de radiologie dela Spitalul central de boli mintale şi nervoase, Bucureşti.

D-nii medici cari întrunesc condiţiile legale şi doresc a ocupa acest post vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela inserarea acestei publicaţii în Monitorul Oficial.

Conform ordinului Ministerului M. S. O. S. Dir. Mobilizării Spitalelor Nr. 290/14 Aug. 1941, studenţilor în medicină din anul I, II şi III, repartizaţi pentru stagiu la diferite spitale, li se pot acorda concedii şi pot fi puşi în concediu de medicii şefi ai spitalelor unde sunt repartizaţi, făcându-se cuvenitele menţiuni în fişele lor individuale. Ei sunt scoşi dela drepturi de hrană, din ziua de 18 August 1941.

La plecare, Domnii Medici şefi ai Spitalelor respective, sunt rugaţi a le elibera câte un bilet de concediu.

Prin Deciziunea Ministerială Nr. 49687 din 30 Aug. 1941, d-l Dr. Ilarie Aldea, avocatul Statului a fost numit şi confirmat pe timp de 4 ani în compunerea consiliului de igienă şi ocrotire socială al judeţului Târnava-Mică.

In Monitorul Oficial Nr. 185 din 7 Aug. 1941, a fost publicat următorul tarif pentru analizele cu plată, pt. controlul de laborator şi produsele de laborator, executate de Laboratoriile de Igienă.

A) Analize chimice. I. Cu caracter general. Determinarea greutăţii specifice: cu areometru sau cu balanţa Wesphal, Lei 100. Cu picnometru pentru lichide sau solide, Lei 300. Dozarea apei: In substanţe ce prezintă sub formă solidă la temperatura ordinară sub formă lichidă, sau sirupoasă, Lei 200. Dozarea subst. minerale: (cenuşe) în substanţe sub formă solidă sau lichidă, Lei 200. Dozarea azotului şi combinaţiilor azotate: Dozarea de Azot (Kjeldahl), Lei 300 acid azotic şi amoniac, fiecare Lei 300. Dozarea subst. hidrocarbonate grase etc.: dozarea zahărului Lei 300. Dozarea diferitelor zaharuri, Lei 200. Dozarea amidonului, Lei 400. Dozarea celulozei, Lei 300. O determinare polarimetrică, Lei 200. Urmărirea substanţelor îndulcitoare artificiale, Lei 300. Dozarea corpilor graşi prin extracţie, Lei 300. Dozarea alcoolului prin distilare, Lei 200. Dozarea alcooli superiori, Lei 400. Dozarea extr. din substanţe lichide, Lei 200. Dozarea glicerinei,

Lei 400. Subst. antiseptice (fiecare calitativ), Lei 200. Stabilirea indicelui de refracţie, Lei 200. Cifra aciditătii (grăsimi, ceară etc.), Lei 200. Cifra acizi volatili Lei 200. Cifra iod aditionat, Lei 500. Cifra acizi insolubili, Lei 350. Cifra saponificare sau eterică, Lei 300. Punct fuziune, congelare (fiecare), Lei 200. Urmărirea coloranţilor, lei 250. Observaţii microscopice şi microchimice, Lei 100—300. O reacţie calitativă simplă pentru descoperirea unei substanţe ca: acid nitric, amoniac, aldehyde, clor, acid cianhydric, cupru oleiuri, etc. Lei 100—200. Punct inflamare cu A. Penschy sau Mertens, Lei 300. Distilare fractionată, Lei 300—500. Stabilirea viscozităţii, Lei 300. Determinarea colorimetrică, Lei 500.

B) Analize alimentare. Alcool, completă Lei 800, control Lei, 400, contra-analiză, Lei 1000. Băuturile alcoolice naturale (ţuică, drojdie, tescovină), completă, Lei 800, control Lei 500, contra-analiză, Lei 1000. Idem artificiale, completă, Lei 500, control, Lei 300, contra-analiză, Lei 1000. Vin, bere, completă, Lei 800, control, Lei 400, contra-analiză, Lei 1000. Vin spumos, licoros, medicinal, completă, Lei 1000, control, Lei 800, contra-analiză, Lei 1.500. Coloranţi, esenţe alimentare, completă, Lei 600, control, Lei 300, contra-analiză, Lei 1.000. Bragă, control, Lei 300, contra-analiză, Lei 500. Limonadă, sifon, apă potabilă, ghiaţă completă Lei 500, control, Lei 300, contra-analiză Lei 1.000. Armături de sifon, completă Lei 1000, contra-analiză, Lei 1.500. Ape mineralizate, completă, Lei 1.000, contra-analiză, Lei 1.500. Ape mineralizate, completă, Lei 5.000. Ape minerale, mai multe surse, completă, Lei 4.000 de fiecare. Oţet, completă Lei 500, control, Lei 300, contra-analiză, Lei 1.000. Zahăr, control, Lei 300. Sirop, caramel, produse de cofetărie, completă, Lei 500, control, Lei 300, contra-analiză, Lei 1000. Miere de albine, completă, Lei 800, control, Lei 500, contra-analiză, Lei 1000. Condimente vegetale, completă, Lei 500, control, Lei 300, contra-analiză, Lei 800. Cereale, leguminoase, făină, pâine, mămăligă, completă, Lei 500, control Lei 300, contra-analiză, Lei 1.000. Drojdie (fermenţi alcoolici), completă, Lei 600, control, Lei 300, contra-analiză, Lei 1.000. Fructe, legume, control, Lei 200. Conserve alimentare, cutii, completă, Lei 1.000, control, Lei 500, contra-analiză, Lei 1.500. Conserve vărsate, completă, Lei 500, control, Lei 300, contra-analiză, Lei 1.000. Ceai, cafea, cicoare, cacao, control, Lei 400. Ouă şi conserve de ouă, completă, Lei 500, control, Lei 300, contra-analiză, Lei 800. Lapte şi derivate, brânză, completă, Lei 500, control, Lei 200—400, contra-analiză, Lei 800. Unt, margarină, grăsimi, completă, Lei 1.000, control, Lei 500, contra-analiză, Lei 1.500. Ulei comestibil, control, Lei 300—500, contra-analiză, Lei 1.000. Unelte, vase, etc. control. Lei 300—500.

C) Analize industriale. Combustibili, solizi şi păcură (fără putere calorifică), analiză-control, Lei 600, contra-analiză, Lei 1.200. Idem, cu putere calorifică, analiză control, Lei 1.200, contra-analiză, Lei 2.000. Motorină fără putere calorifică, analiză-control, Lei 800. contra-analiză, Lei 1.500. Idem cu putere calorifică, analiză-control, Lei 1.400, contra-analiză, Lei 2000. Benzină şi petrol lampant, analiză-control, Lei 600, contra-analiză, Lei 1.000. Droguri şi chomicale, calitativ, analiză-control, Lei 300. Idem cantitativ, analiză-control, Lei 200, în plus pentru fiecare determinare cantitativă. Substanţe colorante, calitativ analiză control, Lei 300. (Zinkweis) Miniu, etc.) cantitativ, analiză-control, Lei 500, contra-analiză, Lei 1.000. Cosmetice, calitativ, analize-control, Lei 300—600. Lumânări, analiză-control, Lei 500, contra-analiză, Lei 800. Ceară de albină şi vegetală, analiză-control Lei 500, contra-analiză, Lei 800. Ţesături, fire, analiză-control, Lei 300. Ţesături, cantitativ, analiză control, Lei 600. Uleiuri şi grăsimi industriale, analiză-control, Lei 500, contra-analiză, Lei 1.000. Ulei de in fiert, analiză-control, Lei 600, contra-analiză, Lei 1.000. Vopsele, lacuri, analiză-control, Lei 800, contra-analiză, Lei 1.500. Metale şi aliaje, calitative analiză-control, Lei 300. Metale şi aliaje cantitativ, analiză-control Lei 200, în plus pentru fiecare determinare cantitativă. Metale, cantitativ pentru un element, analiză-control Lei 300. Hârtie, analiză-control, Lei 300. Pământ, pietre şi produse de roci (gips, tale, cretă, etc.) calitativ, analiză-control, Lei 400. Idem cantitativ după cazuri analiză-control, Lei 600—1.000. Schrotturi şi turte de floarea soarelui, rapiţă, cânepă, dovleac pentru subst. proteice şi ulei, analiză-control, Lei 500, contra-analiză, Lei 1.000. Colofoniu, esenţă de terebentină, analiză-control, Lei 400, contra-analiză, Lei 800. Uleiuri minerale, unsori consistente, analiză-control, Lei 600, contra-analiză, Lei 1.000, Prin analizele de control se înţelege, acele făcute în scop de a se stabilii dacă proba prezentată, corespunde regulamentului sau unui caiet de sarcine oficial. Pentru analizele neprevăzute se va încasa în raport cu Nr. şi nătura operaţiunilor necesare sau cerute, ţinând seamă de prezentul tablou.

B) Analize medicale. (Chimice şi biologice). I. Urine: Examen complet (chimic şi sediment), Lei 300. Examen complet al probelor de cateterism uretral, Lei 400. Examen sumar (calitativ şi sediment), Lei 100. Examen sumar (cantitativ şi sediment), Lei 150. Examen proba lactozuriei, Lei 500. Examen bacteriologic al urinei extrase în mod steril prin cateterism, Lei 300. II. Sânge: Dozarea ureei, Lei 300. Dozarea acidului uric, Lei 300. Dozarea azotului rezidual, Lei 800. Dozarea amoniacului, Lei 400. Dozarea acizilor aminaţi, Lei 500. Dozarea clorului total, Lei 300. Dozarea plasmatic şi globular, Lei 600. Dozarea fosforului,

Lei 600. Dozarea calciului, Lei 300. Dozarea magneziului, Lei 500. Dozarea potasiului, Lei 500. Dozarea lipoizilor totali, Lei 800. Dozarea olesterinei, Lei 300. Dozarea puterei colesterolitice, Lei 600. Dozarea glucozei, Lei 300. Proba glicemiei provocate, Lei 1000. Constanta Ambard, Lei 600. Rezerva alcalină, Lei 300. Examen (morfologic, hemoglobină, numărătoare de leucocite, hematii, valoare globulară), Lei 500. Viteza de sedimentare, Lei 100. Viscozitate sanguină, Lei 100. Numărătoarea plachetelor, Lei 200. Coagulabilitate şi timp de sângerare, Lei 100. Examenul sângelui pentru malarie, Lei 100. Numărul globulelor albe şi formula leucocitară, Lei 250. Determinarea grupului sanguin, Lei 150. Hemocultură (aerobi şi anaerobi), Lei 500. Seroreacţia widal (baccili tiptici, paratitici A. B. şi Abortus), Lei 300. Seroreacţia Bordet-Wasserman, Lei 300. Seroreacţia Mainicke, Lei 100. Seroreacţia Citochol, Lei 100. Seroreaţia Weinberg-Pârvu, Lei 300. Seroreacţia de floculare Kahn, Lei 150. III. Lichid cefalorachidian: Reacţia Bordet-Wasermann (examen chimic globuline şi citolog), Lei 500. Reacţia benzoecoloidal, Lei 200. Dozarea albuminei (Sigard-Cantaloube), Lei 100. Examen cito-bacteriologic, cu culturi, Lei 300. Examen lichid pentru baccil Koch, Lei 200. Puncţie lombară la domiciliu, Lei 600. IV. Suc gastric: Prânz de probă, extragerea şi analiza chimică, Lei 300. Prânz de probă adus la laborator, Lei 150. V. Lichid pleural articular etc.: Tbc. examen cito-bacteriologic cu culturi, Lei 300. Examen lichidului pentru baccil Koch, Lei 100. Examen cu inoculare la cobai, Lei 600. VI. Examen exudat: nas, gât etc., cu culturi, Lei 300. VII. Sputa: Examen cito-bacteriologic (B. Koch şi Flora), Lei 100. Examen pentru baccil Koch după homogenizare, Lei 200. Examen cu inoculare la cobai, Lei 500. VIII. Examen direct: Frotiu de secreţie uretrală etc. Lei 100. IX. Ultramicroscopie: treponema pallidum, Lei 400. X. Spermocultura, Lei 300. XI. Apa: Examen bacteriologic calitativ şi colimetrie, Lei 2000. Examen sterilităţii (catgut), Lei 2000. Examen desinfectant, Lei 5000. XII. Lapte: Examen chimic cantitativ fiecare dozare (grăsimi, cazeină, lactoză), Lei 200. XIII. Biopsii: Secţiuni la ghiaţă sau parafină, Lei 1000. XIV. Autovaccinuri: (24 fiole), Lei 600. XV. Autofiltrat (24 fiole pt. pansament), Lei 1000. XVI. Autoser, Lei 500. XVII. Reacţia la tuberculină, Lei 100. Reacţia Casoni, Lei 200. XVIII. Dozarea hormonilor sexuali, Lei 1500 XIX. Diagnosticul sarcinei (Zondek-Aschein), Lei 500. XX. Auto-globulino-terapie, Lei 1000. XXI. Calculi (examen chimic), Lei 500. XXII. Fecale Examen parazitologic, Lei 300. Fecale, examen complet (digestie, hemoragii, oculte, paraziţi), Lei 500. Fecale, examen hemoragii oculte, Lei 1100. Fecale, examen acizi organici, Lei 300. Fecale, examen chimic pentru substanţe toxice, Lei 1000. Fecale, examen bacteriologic tific, dizenterie, etc. direct şi culturi), Lei 400. Fecale, pt. baccilii Koch, Lei 400.

Art. II. — Sunt scutite de orice taxe următoarele categorii de examene şi analize:

a) Toate examenele cerute de către medici oficiali ai Ministerului Sănătăţii şi ocrotirilor sociale pentru stabilirea diagnosticului de boli contagioase sau sociale, pentru controlul salubrităţii sau pentru controlul sanitar al alimentelor, băuturilor sau obiectelor uzuale, cum şi acele efectuate din iniţiativă proprie al Laboratorului în aceleaşi scopuri.

Analizele pentru cercetarea boalelor sociale se vor face gratuit pentru toţi cetăţenii cari au un venit mai mic de 10.000 Lei, lunar;

b) Analizele medicale pentru bolnavii internaţi gratuit în spitalele Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, precum şi pentru bolnavii de malarie şi boale venerice;

c) Analizele medicale pentru bolnavii săraci dovedind aceasta cu orice acte.

Analizele ce se fac pentru:

a) Medici umani şi studenţi în medicină, soţiile şi copii lor;

b) Invalizii, văduvele şi orfanii de războiu;

c) Funcţionarii şi pensionarii de orice grad ai Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Art. III. — Se acordă reducere de 50% din taxele specificate mai sus, tuturor funcţionarilor Statului, judeţelor, comunelor sau Regiilor autonome, soţiilor şi copiilor lor.

Art. IV. — Are dreptul la o reducere de 30% din suma totală de plată a analizelor specificate în tarif, orice persoană particulară (nefuncţionar), căruia i se fac în acelaş timp 3 sau mai multe analize.

Art. V. — Bolnavii internaţi cu plată în Spitalele Ministerului Sănătăţii la cl. I. şi cl. II., vor plăti pentru analizele efectuate la Laboratoarele de Igienă taxele prevăzute prin Decizia Ministerială în vigoare pentru spitalele Ministerului.

Aceste taxe se vor încasa de către Administraţia Spitalului şi vor fi depuse la cassieria Laboratorului.

Bolnavilor prezentaţi la consultaţiile spitalului cari cer efectuarea de analize la laboratoriile de igienă, li se vor aplica dispoziţiunile art. 1—4 din prezenta Decizie.

Art. VI. — Dispoziţiunile prevăzute în această decizie intră în vigoare la data apariţiei în Monitorul Oficial.

Rectoratul Universităţii Cluj—Sibiu.

INSTRUCŢIUNI

privitoare la admiterea şi înscrierea studenţilor în Universitate

A) Pentru studenţii care se înscriu în anul I

1. *Vizita medicală obligatorie.* In conformitate cu hotărîrea Senatului Universitar din 17 Noemvrie 1933, aplicată constant în fiecare an, candidaţii şi candidatele care doresc să devie studenţi ai acestei Universităţi, sunt obligaţi a se supune unei vizite medicale. Această examinare este cea dintâi formalitate ce trebue îndeplinită de candidaţii şi candidatele care doresc să devie studenţi.

Pentru aceasta, candidaţii vor achita la biroul taxelor al Universităţii (str. Carmen Sylva Nr. 3), taxa obligatorie de 100 Lei. Recipisa de plata acestei taxe se prezintă Dispensarului Medical care la Sibiu funcţionează pe lângă Clinica Medicală I (Secţia de boli pulmonare la Spitalul public) şi pe lângă Clinica Medicală II (Secţia de radiologie, Spitalul public), unde au loc aceste examinări în ordinea ce se va fixa ulterior şi se va comunica prin afişe.

Dispensarul eliberează o adeverinţă celor aflaţi „indemni de orice leziune organică", care se ataşează ca act obligator la cererea de admitere în anul I (vezi mai jos, 2, d).

2. *Inscrierea pentru examenul de admitere în anul I.* Locurile pentru anul I fiind limitate la toate Facultăţile, admiterea se face în urma unui examen. Pentru înscrierea la acest examen, candidaţii şi candidatele vor depune la Facultatea ce doresc a urma, o cerere timbrată legal, (imprimatul se procură dela Intendentul Universităţii) cu următoarele acte:

a) Diploma de bacalaureat (teoretic) în original;

b) Extrasul de naştere;

c) Certificatul de origine etnică;

d) Certificatul de sănătate eliberat de Dispensarul medical studenţesc Sibiu (pentru candidaţii ce vor să se înscrie la Drept, Filosofie-Litere sau Medicină) sau de Spitalul Municipal din Timişoara (pentru cei ce doresc să se înscrie la Facultatea de Ştiinţe);

e) Certificatul de naţionalitate;

f) Certificatul de situaţia serviciului militar sau premilitar;

g) Dovadă dela autoritate, instituţie, firmă sau particulari (certificat de autoritate administrativă) din care să se constate că a împlinit, în vara anului 1941, serviciul de folos obştesc;

h) Dovada prin care să se constate că s'a conformat ordinului Ministerului Culturii Naţionale Nr. 117.130/1941, în ce priveşte anunţarea adresei la Circumscripţia poliţienească sau la postul de jandarmi în sectorul căruia locueşte în vacanţă;

i) Recipisa de plata taxei pentru examenul de admitere (100 Lei);

j) Consimţământul părinţilor (iar în lipsa acestora a tutorelui, şi adresa lor, în cazul când candidatul este minor), legalizat de un notar public (în provincie) sau de Secretarul General al Universităţii (la Sibiu). Aceasta numai pentru cei care solicită înscrierea la Facultatea de Medicină.

Cererile de admitere în anul I, se complectează pe imprimatul ce se află la Intendentul Universităţii şi se depune la Decanatul Facultăţii respective între 1—15 Octomvrie, la cele 3 Facultăţi (Drept, Litere, Ştiinţe) şi între 10—14 Octomvrie la Facultatea de Medicină.

3. *Examenul de admitere în anul I,* are loc între 15—20 Octomvrie, astfel ca până la 1 Noemvrie, când vor începe toate cursurile universitare şi lucrările practice, să se termine toate operaţiile de înscriere.

Materiile examenului de admitere sunt următoarele:

a) *Facultatea de Drept:* Istoria Romanilor (progr. cl. V), Istoria Românilor (prog. cl. VIII), Economia politică şi dreptul (progr. cl. VII—VIII), Logică şi Sociologie, Latină (trad. unui text din Cicerone).

b) *Facultatea de Medicină:* Ştiinţe fizico-chimice şi biologice, zoologie, botanică, anatomie şi fiziologia omului, biologie generală.

c) *Facultatea de Filosofie şi Litere:* Secţia Filosofică: Limba română, limba franceză, filosofia. Secţia Istorică: Limba română, limba latină, istoria. Secţiile filologice: Limba română, limba latină, limba franceză.

d) *Facultatea de Ştiinţe:* Secţia Matematici: Matematici. Secţia fizico-chimice: Fizica, chimia, mineralogia. Secţia ştiinţe naturale: Fizica, chimia, ştiinţele naturale. Secţia geografie: Geografia, istoria.

B) Formele de înscriere pentru toţi anii

Candidaţii (-ele) admişi în anul I şi studenţii (-ele) care se înscriu în continuare în anii II—VI, trebuie să îndeplinească următoarele formalităţi.

1. *Procurarea, completarea şi depunerea la Decanat a imprimatelor de înscriere.* Imprimatele de înscriere în anul I (cerere de înscriere, carnet universitar de cursuri şi lucrări, caiet de student, foaie de cursuri şi lucrări, fişă personală), sau în anii următori (aceleaşi cu excepţia carnetului) se procură dela intendentul Universităţii pe preţul stabilit de Rectorat. Complectarea lor se face cu scriere îngrijită şi respectând instrucţiunile date în vederea completării lor, studenţii din anul I, obţin actele personale dela Decanat pentru ale restitui apoi definitiv, Decanatului cu toate imprimatele completate şi taxele plătite conform instrucţiunilor dela alineatul următor. Alegerea cursurilor şi lucrărilor practice, care se înscriu în carnet şi

în foile de cursuri, se face respectând dispoziţiile regulamentului Facultăţii şi programul afişat.

Depunerea acestor acte la Decanatul respectiv se face astfel:

a) Pentru anul I între 23—31 Octomvrie;

b) Pentru ceilalţi ani în tot cursul lunei Octomvrie.

Inscrierea în continuare (anii II—VI) se face pe baza unei cereri legal timbrate, la care trebue să se alăture actele dela literele *g)* şi *h)* dela cap. A) punct 2 de mai sus, cum şi dovada (înscrierea în tablou) că s'a supus examinării medicale impusă de Minister cu ordinul Nr. 74.842/1941.

2. *Cuantumul şi plata taxelor* [1]). Nimeni şi sub nici un pretext nu poate obţine înmatricularea (anul I) sau reînscrierea (anii următori), înainte de a achita taxele legale sau de a obţine o scutire formală conform normelor dela alineatul următor (3).

Cuantumul taxelor pentru acest an este următorul:

a) Taxa de înscriere: 1500 Lei, anual plătibilă odată la începutul anului şi nefracţionabilă.

b) Taxa de Facultate:

1000 Lei, anual la Facutăţile de Drept şi de Litere;

2000 Lei, anual ptr. anul II—V, 1500 Lei, anual ptr. anul VI, la Facultatea de Medicină;

1000 Lei, anual ptr. secţia de matematici, 1500 Lei, anual ptr. secţia de Ştiinţe Naturale şi Geografie, 2500 Lei, anual ptr. secţia de Chimie, la Facultatea de Ştiinţe.

Taxele de Facultate se pot achita şi în două rate anuale: prima la înscriere deodată cu taxa de înscriere, ultima până cel mai târziu la sfârşitul lunei Februarie următor.

Plata acestor taxe se face la ghişeul Decanatului respectiv, eliberându-se o recipisă care rămâne ataşată (lipită) la cererea de înscriere în Facultate şi care formează un act de permanentă justificare în cazierul studentului. Menţiunea de plata taxei se face în carnetul de cursuri şi lucrări, în rubrica destinată taxelor. Cum însă acest carnet rămâne la Decanat până la înmatriculare şi numai după aceea rămâne în posesia studentului, plătitorul nu poate obţine, pentru câtva timp, alt act de justificarea plăţii, decât numărul, — la vedere — a chitanţei de plată şi trecerea numărului chitanţei, în faţa plătitorului, în rubrica respectivă a carnetului.

3. *Scutiri de taxe:* Universitatea acordă scutiri de taxa de înscriere şi de Facultate următorilor categorii de studenţi: *a)* beneficiarilor legii I. O. V.; *b)* românilor de peste hotare; *c)* fiilor (fiicelor) eroilor purtători de decoraţii cu drepturi speciale; *d)* fiilor (fiicelor) personalului universitar; *e)* refugiaţilor.

[1]) Eventualele majorări se vor anunţa ulterior.

Beneficiarii din aceste categorii vor cere scutire de taxe (separat pentru taxa de înscriere şi separat pentru taxa de Facultate) completând formularele ce se află la Intendentul Universităţii şi depunându-le la ghişeul Facultăţii cu următoarele acte:

a) *Beneficiarii legii I. O. V.*

1. Certificatul I. O. V., recent eliberat de serviciul I. O. V. jud.

2. Certificarea pe cerere a Secretariatului Facultăţii că nu este exmatriculat sau exmatriculabil.

3. Declaraţia pe cuvânt de onoare, în care să arate dacă este sau nu salariat de stat ori instituţie particulară. In caz afirmativ, mărimea salarului.

b) *Românii de peste hotar:*

1. Certificat eliberat de Ministerul Culturii Naţionale şi al Cultelor din care să se constate că este Român de peste hotare.

2. Certificarea pe cerere a Secretariatului Facultăţii din care să se constate că a trecut toate examenele anului precedent şi că are situaţia şcolară completă.

3. Declaraţia pe cuvânt de onoare, în care să se arate cele menţionate la categoria *a)* punctul 3.

c) *Fiilor (fiicelor) eroilor purtătari de decoraţii:* Virtutea militară; Virtutea aeronautică; Steaua sau Coroana României; cu spade şi cu panglică de Virtutea militară, în gradele de cavaler, ofiţer şi comandor; Bărbăţie şi credinţă cu spade cl. I, II, III.

1. Prezentarea brevetului în original (sau în copie legalizată) pe baza căruia cere scutirea.

2. Certificarea pe cerere a Secretariatului Facultăţii, din care să se constate că a trecut examenul de bacalaureat sau anului anterior cu media cel puţin 8 (opt).

3. Declaraţia pe cuvânt de onoare, în care să se arate cele menţionate la categoria *a)* punctul 3.

d) *Fiilor (fiicelor) personalului universitar:* Profesori universitari ai Universităţii Cluj—Sibiu, personal didactic ajutător, administrativ şi de serviciu al aceleiaşi Universităţi.

1. Certificarea de Facultate a situaţiei şcolare din anul precedent: situaţia şcolară completă, iar pentru anul I, diploma de bacalaureat recentă.

2. Declaraţia cerută la punctul 1—3 dela categoriile de mai sus

e) *Refugiaţilor fără părinţi,* cu resurse materiale de susţinere numai în teritoriul cedat.

1. Certificarea pe cerere a Secretariatului Facultăţii, din care să se constate că are situaţia şcolară completă (pentru anul I, bacalaureatul recent).

2. Adeverinţă dela Prefectura sau Primăria locului unde sunt domiciliaţi, prin care să se facă dovada că sunt refugiaţi fără părinţi şi că nu posedă nici un

fel de avere mobilă sau imobilă în teritoriul românesc actual.

3. Declarația cerută la punctul 3 dela categoriile de mai sus.

f) *Refugiații cu părinții:*

1. Certificarea pe cerere a Secretariatului Facultății, din care să se constate cele arătate la punctul 1 dela categoria *e)* de mai sus.

2. Certificat de avere și venituri în care să se arate situația social-economică a părinților.

Scutiri de taxa de înscriere se acordă numai studenților din categoriile de mai sus, în cazul când cer acest beneficiu pentru continuarea de studii la aceeași Facultate. Acei care au o diplomă universitară la o altă Facultate și vor să obțină o altă diplomă la altă Facultate, nu pot beneficia de scutire, chiar dacă îndeplinesc condițiile fixate la una din categoriile de mai sus. La aceste condițiuni generale, se mai adaogă și aceea că cei ce se înscriu în anul I și doresc să beneficieze de scutirea de taxa de înscriere, trebuie să nu fi trecut peste vârsta de 24 ani.

Atât cererea pentru scutirea de taxa de înscriere, cât cea pentru taxa de Facultate, se depun la ghișeul Facultății respective, cu toate actele enumerate mai sus. Aprobarea ei și menționea scutirii în carnet, se fac pe cale de operații între birouri, în termen de cel mult 48 ore, dacă actele sunt complete, fără ca studentul să mai facă vre-o intervenție. Restituiri de taxe nu se mai admit, o taxă plătită e considerată definitiv plătită.

4. *Amânări de plata taxelor.* Nu se pot acorda amânări pentru taxa de înscriere atât pentru motivul că Universitatea acordă cele mai largi favoruri celor care sunt lipsiți de mijloace, cât și pentru motivul că taxa de înscriere e calea pe care un student își dobândește calitatea legală de a fi înscris și înmatriculat. Ori fără această cerință nimeni nu poate deveni student și n'are dreptul dobândit de a frecventa cursurile.

In cazuri excepționale și pentru motive bine întemeiate, se acordă însă prelungiri de termenul de înscriere până ce mai târziu 1 Decemvrie, dată până la care este de dorit ca orice înscriere să fie reglementată.

In ce privește însă taxa de Facultate, se acordă pe baza de cereri individuale, amânări pentru o jumătate din această taxă după ce prima jumătate a fost achitată.

5. *Durata înscrierilor.* (An. II—VI). In conformitate cu dispozițiunile legii și regulamentelor în vigoare, termenul normal de înscriere în Universitate durează toată luna Octomvrie. Peste această dată și până cel mai târziu la 1 Decemvrie, înscrierile se solicită printr'o cerere aparte, motivată, adresată D-lui Rector și recomandată de D-l Decan al Facultății respective. Cererea se depune la Rectorat, iar rezultatul se obține dela biroul taxelor unde se afișează lista zilnic de aprobările de înscriere ulterioară datei regulamentare.

C) Examenele anuale în sesiunea Octomvrie.

Examenele din această sesiune au loc în tot cursul lunei Octomvrie la toate facultățile, iar la medicină dela 6—20 Octomvrie. Inscrierile pentru aceste examene se vor face dela 1—10 Octomvrie, iar la Medicină dela 1—5 Octomvrie, la ghișeul Facultății respective. Taxa de examen (100 Lei de materie) se achită la ghișeul Biroului taxelor.

D) Burse și ajutoare.

1. *Burse lunare în bani.* In scopul de a se veni cât mai mult în ajutorul studențimei lipsite de mijloace dar merituoase, s'a creat un număr corespunzător de burse în bani. Solicitarea lor se face pe baza unei cereri scrise și timbrate legal, ce se depune la Decanat până cel mai târziu la 25 Octomvrie, cu dovada situației școlare și materiale. Aceasta din urmă se face printr'un certificat de avere și venituri (imprimatul se procură dela intendentul Universității) și o declarație de cuvânt de onoare asupra situației materiale a petiționarului. Cererile sunt examinate de comisia burselor, iar candidații vor fi supuși unui examen scris și oral constatator din materia principală ce urmează la Universitate.

2. *Ajutoare bănești.* In cazuri bine motivate (cu aceleași acte ca cele pentru bursă) Rectoratul acordă în cursul anului și ajutoare bănești, variabile, pe baza unei cereri ce se depune la Oficiul Universitar.

E) Asistența medicală.

Studenții și studentele suferinzi sunt internați în Clinicile Universității, unde sunt tratați gratuit. Pentru obținerea formelor de intrare în Clinici, studentul se va adresa Oficiului Universitar, având asupra sa carnetul de cursuri. In cazuri grave, această formalitate (obținerea unui buletin de intrare) se va face în primele zile dela internare în Clinică și înainte ca studentul să părăsească Clinica.

F) Cămine și Cantină.

In dorinta de a asigura studenților cele mai prielnice condiții de trai, s'au amenajat două Cămine: unul pentru studenți, altul pentru studente.

1. *Căminul Avram Iancu* (pentru studenți).

Situat în centrul orașului (str. Ocnei Nr. 1) acest Cămin (telefon Nr. 401) are tot confortul necesar pentru a adăposti și alimenta un număr corespunzător de studenți dela cele 3 Facultăți din Sibiu.

In acest Cămin se primesc în primul rând bursierii, apoi solvenții, în limita locurilor ce ar mai rămâne libere. Pentru obținerea unui loc de solvent can-

didaţii vor adresa d-lui Director al Căminului o cerere scrisă în prima decadă a lunei Octomvrie.

Taxa lunară de student se va anunţa ulterior.

2. *Căminul Astra* (pentru studente).

In localul Astrei (str. Şaguna Nr. 7) special amenajat şi întrunind toate cerinţele pentru destinaţia ce i s'a dat. Universitatea dispune de un local pentru a adăposti şi a alimenta în cele mai bune condiţiuni un număr de circa 100 studente.

Inafară de bursiere, se mai primesc şi un oarecare număr de solvente cu o taxă lunară ce se va anunţa ulterior. Pentru obţinerea unui loc de solventă se adresează Căminului o cerere în prima decadă a lunei Octomvrie.

3. *Cantina,* în curs de amenajare, va putea asigura hrana în condiţii avantajoase la un număr corespunzător de studenţi şi studente care n'au putut obţine loc în Cămine.

G) Oficiul Universitar

Organ destinat îndrumării şi îmbunătăţirii vieţii studenţeşti, furnizează celor interesaţi îndrumări şi informaţii detailate privitoare la toate problemele universitare şi în special pentru: orientarea academică, asistenţă socială, economică, psihologică, cursuri universitare în ţară şi străinătate, condiţii de şedere în locuinţe particulare din oraş. Informaţiile se dau verbal la orele fixate, sau în scris.

Rectorul Universităţii,
Dr. IULIU HAŢIEGANU

Secretar General,
IOAN A. VĂTĂŞESCU

Nr. 3167/1941.
Rect. Univ.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacţie

Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 28. vom 11. Juli, 1941.

Zur Therapie des vorikösen Symptomenkomplexes: R. Friedrich.
Vitamine und Kapillarresistenz: H. Franke.
Ueber neue Behandlungsverfahren mit ultravioletten Lichtbestrahlungen: V. Pranter.
Essentielle hypochrome und Tumoranämie: A. Tillich.

Nr. 29. vom 18. Juli, 1941.

Schmerzbekämpfung bei Harnsteinanfall: K. Hutter.
Bemerkungen zur Arbeit F. Högler: Ueber die als Gastritis getarnte chronisch-rezidivierende Appendizitis: E. Lauda.
Beitrag zur Nirvanolbehandlung der Schizophrenie und Melancholie: J. Lhotsky.
Ein neuer Weg zur Behandlung bestimmter Formen von Schlafstörungen: W. Ernst.

Nr. 30. vom 25. Juli, 1941.

Ueber „Verkehrtsehen" nach Insult. Beitrag zu den zerebral bedingten Sehstörungen: Th. Lüers und O. Pötzl.
Eine unbekannte Entstehungsursache von Morgagni-Adams-Stokes-Anfällen (Zugleich ein Beitrag zur Pathogenese von atrioventrikulären Rhytmen): K. Polzer.
Der Tot in Schwangerschaft, Goburt und Wochenbett. Kann durch zweckmässige Schwangererenberatung geholfen werden?: R. Rheindt.
Beitrag zur Eldoralbehandlung von Geisteskranken: J. Lhotsyk.

Nr. 31. vom 1. August, 1941.

Die Erkennung und Behandlung des Urogenitalkrebses: H. Rubritius.
Wege zur Verhütung des spezifischen Rheumatismus: E. Fenz.
Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Sulfamido-Thiazol (Cibazol): O. Hrad und J. Petrin.

Nr. 32. vom 8. August, 1941.

Indikation und Ergebnisse der Kavernensaugdrainage: H. Weber.
Sepsis mit Malariaähnlichen Fieberverlauf: H. Kutschera-Aichbergen.
Anästhesie beim Rheumatismus: E. Fenz.
Erkrankungen und Sterblichkeit bei Zuckerkrankheit: B. Schmidt.

Nr. 33. vom 15. August, 1941.

Ergebnisse der Strangdurchtrennung: A. Sattler.
Zur Diagnose der Salpingitis und Salpingo-oophoritis: R. Käuffler.
Erfahrungen mit Tibatin bei Wochenbettfieber: A. H. Palmrich.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 28. vom 11. Juli, 1941.

Die Überpflanzung menschlicher Hornhaut: Löhlein.
Beobachtungen und Erfahrungen an mehr als 750 Operationen der Netzhautablösung: Jess.
Das Trachom in Ostpreussen: Rohrschneider.
Massnahmen zur Bekämfung des Trachoms: Schmidt.
Akute transitorische Myopie nach Albucid: Groenow u. Severin.
Die Rückgliederung beschränkt arbeitsfähiger Tuberkulöser in den Arbeitsprozess: Goralewski.
Nochmals über Behandlungszwang bei ansteckender Tuberkulose: Lommel.
Gesundsheitsförderung durch Lärmbekämpfung: Martin.
Die Krankenhausbehandlung bei der Versicherungssteuer: Wuth.
Über Bienengifte und Schlangengifte: Gaede.

Nr. 29. vom 18. Juli, 1941.

Bluttransfusion und Blutersatzflüssigkeit im Kriege: Schulz.
Alkohol und Instrumentensterilisation: Waldhecker.
Über spezifische Diagnostik und Therapie einiger infektiöser Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Aktinomykose: Neuber.
Der Vitamin C-Blutspiegel des Krankenpflegepersonals im jahreszeitlichen Verlauf und in der besonderen Abhängigkeit von Ernährung, Arbeitseinsatz und Nikotinmissbrauch.
Entscheidungen der Erbgesundheitsobergerichte: Paech und Trembur.
Die Therapie des Keuchhustens. Bemerkungen zur Arbeit von H. Müller in dieser Wochenschrift 1941. H. 21. S. 797: Klotz.
Zur frage der Scharlachisolierung: Schultz.

Nr. 30. vom 25. Juli, 1941.

Neurologische Gesichtspunkte zur Beurteilung und Behandlung der Verletzungen eripherer Nerven: Vogel.
Zunahme der Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre im Kriege?: Rothe.
Die Prognose des intermittierenden Hinkens: v. Hasselbach.
Über spezifische Diagnostik und Therapie einiger infektiöser Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Tuberkulosis cutis luposa (Lupus vulgaris): Neuber.
Die Verträglichkeit des Vitam^{in} D_1-Stosses: Uhse.
Dolantin bei Singultus: Jessen.
Entscheidungen der Erbgesundheitsobergerichte: Paech und Trembur.

Nr. 31. vom 1. August, 1941.

Wie hat sich der Allgemeinchirurg bei den Kriegsverletzungen des Ohres und der oberen Luftwege bis zur Versorgung durch den Hals- Nasen- und Ohrenarzt zu verhalten?: Seiferth.
Über einen seltenen Fall einer Brustwand-Bauchschussverletzung: Peister.
Schutzimpfung gegen Scharlach mit einem neuen Impfstoff: Faragó.

Über die Häufigkeit menstrueller Hautveränderungen: Schöltzke.
Kälte-Anstrengungsallergie, eine sportbehindernde Erkrankung: Klaus.
Besondere Fettsuchtsformen im Kindesalter: Hoff.
Behandlung von keratotischem Ekzem: Richter.

Nr. 32. vom 8. August, 1941.

Funktionelle Diagnostik der Uterusschleimhaut: Letterer u. Masshoff.
Leistungen der neuartigen Manualhilfe (Methode Bracht) bei Beckenendlagen in der Hausgeburtshilfe: Herrnberger u. Moenting.
Geburtserleichterung durch Dolantin: Sonnek.
Atomumwandlung und Medizin: Pickhan.
Über spezifische Diagnostik und Therapie einiger infektiöser Haut- und Geschlechtskrankheiten: III. Blastomykose. IV. Syphilis: Neuber.
Schwangerschaftsturnen nach Prof. Kohlrausch: Wesseling.

Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung, Nr. 14. vom 15. Juli, 1941.

Versorgung von an Kreislauforganen erkrankten und verletzten Soldaten: Prof. Dr. R. Siebeck.
Über richtige und falsche Schlafhygiene: Prof. J. H. Schultz.
Das Trachom: Prof. Dr. R. Helmbold.
Die Kurzbehandlung der Gonorrhoe mit den Sulfanilamidothiazolen Cibazol und Eleudron: H. K. Mayr.

Nr. 15. vom 1. August, 1941.

Die cronische Pneumonie: Dr. Heinz Thon.
Vitamintabelle: Dr. Fritz Johannenssohn.
Versorgung von an Kreislauforganen erkrankten und verletzten Soldaten: Prof. Dr. R. Siebeck.
Zur Behandlung der Luxation im Schultergelenk: Dr. H. Edelmann.

Nr. 16. vom 15. August, 1941.

Was versteht man unter Schwachsinn im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses?: Dr. F. Dubitscher.
Zur Hausärztlichen Behandlung der Mastitis: Dr. F. Fiebig.
Über leichte Formen der Schilddrüsenunterfunktion: Prof. Dr. H. W. Bansi.
Vom Nutzen des täglichen Bades: Dr. Harald Kunze.
Wie sollen Schwerkranke ernährt werden?: Frau Dr. Ilse Szagunn.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 27. vom 5. Juli, 1941.

Klinische Beobachtungen über Veränderungen des Zwischenhirn-Hypophysensystems: Nicola Markoff.
Über den Jodierungsvorgang in der Schilddrüsse: F. Blum, W. Leistner, und G. Voigt.
La prostigmine et la surdité: W. Racine.
Kurpfuscherei, Wunderheilungen und moderne Psychologie: L. Schwartz.

Nr. 28. vom 12. Juli, 1941.

Le traitement des fractures ouvertes de la convexité du crâne: Jean Rossier.
Über Veränderungen der Labyrintkapsel bei experimentellem Avitaminosen: Nager.
Ein seltener Fall von Schädeldachberstungsfraktur: Hans C. A. Wengen.
Röntgenologischer Zusatzapparat zur direkten Fremdkörperpeilung und zur Frakturkontrolle in zwei Richtungen: E. A. Zimer.
Über den Jodierungsvorgang in der Schilddrüse: F. Blum, W. Leistner und G. Voigt.
Kurpfuscherei, Wunderheilungen und moderne Psychologie: L. Schwartz.

Nr. 29. vom 19. Juli, 1941.

Die geograpische Verbreitung der Geisteskrankheiten: C. Brugger.
Über die Verbreitung der Zahnkrankheiten in der Schweiz: Rudolf Jeanneret.
Zur Kasuistik der Klimatopathologie: K. v. Neergaard.
Zur geographischen Verbreitung der Erbkrankheiten (Mutationen) mit besonderer Berücksichtigung der Schweiz: E. Hanhart.
Zur Nachbehandlung Tonsillektomierter: H. Vetter.

Nr. 30. vom 26. Juli, 1941.

Zur Actiologie und Therapie des drohenden und wiederholten Aborts: R. Wenner.

Der Zusamenhang von Kolehydrat- und Kaliumstoffwechsel und die Wirkung der Nebennierenrinde auf denselben: F. Verzár.

Versuche über die biologische Wirksamkeit pathologischer Zerebrospinalflüssigkeit des Menschen bei pflanzlichen Testen: Erich Katzenstein-Sutro und Helen Staub.

La tuberculose du coeur, la phlébite tuberculeuse du myocarde: Pierre Alphonse.

Bericht über eine Holzgasvergiftung: Albert Wüst.

Untersuchungen bei 100 km-Märschen von Offiziersschulen: A. Jung.

Nouvelles décisions du Tribunal fédéral en matière de groupes sanguins: M. H. Thelin.

Über einige berühmte schweizerische Praktiker aus der Zeit der Aufklärung: Hans Karcher.

Nr. 31. vom 2. August, 1941.

Die H pertonlefrage: W. Berblinger.

Irgamid, eine neue Verbindung der Sulfanilamidreihe: Dieter Högger.

Die Behandlung akuter Infecktionskrankheiten mit Irgamid (G 200): N. Markoff.

Unsere Erfahrungen mit Irgamid (G 200) in Ge ursthilfe und Gynäkologie: H. Scherer.

Die Aufname von Kochsalz in die Haut bei Solbädern: A. Keller.

Stellung und Aufgaben der Phisikalischen Therapie als selbständiges Forschungs-und Unterrichtsfach im Rahmen der Gesamtmedizin: K. v. Neergaard.

Über einige berühmte schweizerische Praktiker aus der Zeit der Aufklärung: Hans Karcher.

Nr. 32. vom 9. August, 1941.

Die biologische Bedeutung des ersten Lebensjahres beim Menschen: Adolf Portmann.

Die Genitalblutung als Zeichen gynäkologischer Erkrankungen: H. von Wattenwyl.

Über subakute Entzündung der Bauchspeicheldrüse während der Schwangerschaft: Josef Waclaw Grott.

Über die Möglichkeit traumatischer Genese des Verschlusses der Vena centralis retinae: Erika Haemig.

Behandlung der Grippe, der Angina lacunaris und der Ottitis media mit Cibazol in der Praxis: K. Sigg.

A propos de la lèpre: W. Racine.

Über einige berühmte schweizerische Praktiker aus der Zeit der Aufklärung: Hans Karcher.

Die Medizinische Welt, Nr. 27. vom 5. Iuli, 1941,

Niere und Schwangerschaft: Dr. E. Flämrich.

Die sogenannte Paradentose: Prof. Dr. H. H. Rebel.

Chinfortan in der Geburtshilfe: Dr. R. Heemeyer.

Der Siemensmetallsucher, das moderne Hochfrequenzgerät zur Steckgeschossentfernung: Dr. H. Rüd.

Das „Marschfieber": Prof. Dr. W. Schönfeld.

Klärung vom Einkommensteuerfragen des Arztes: Dr. jur. et rer, pol. K. Wuth.

Nr. 28. vom 12. Juli, 1941.

Wirkungen des Antipellagravitamins bei Hautkrankheiten: Prof. Dr. E. Keining und Dr. F. A. Oldach.

er Ikterus, seine Pathogenese und klinische Bedeutung: Prof. Dr. L. Heilmeyer.

Beziehungen zwischen Lungen- und Hauttuberkulose: Dr. K. W. Kalkoff.

Schlusswort: Dr. G. Schröder.

Nachprüfungen des Heilbadeffektes bei herdsanierten und nichtherdsanierten Rheumakranken: Dr. F. Jung.

Nr. 29. vom 19. Juli, 1941.

Wirkungen des Antipellagravitamins bei Hautkrankheiten (Schluss): Prof. Dr. E. Keining u. Dr. F. A. Oldach.

Zur Behandlung peripherer Durchblutungsstörungen: Dr. F. Buckreus.

Über ein fixes Pigmenterythem nach chronischer Aspirinmedikation: Dr. W. Kardung.

Zur Therapie der chronischen konstitutionellen Rhinitis: Doz. Dr. G. Theissing.

Frühzeichen und Spätspuren innerer Krankheiten in der menschlichen Haut: Prof. Dr. G. H. Sieveking.

Kurortleben in früheren Zeiten: Prof. Dr. H. Brüning.

Zur Frage der Erzwingbarkeit der Diphterieserumeinspritzung: Landgerichtsdirektor Dr. A. Hellwig.

Nr. 30. vom 26. Juli, 1941.

Zur Beurteilung von Senkfüssen bei der Truppe: Dr. A. Vogl, Marine- Ass. Arzt d. R.

Die Arthrosis deformans nach Unfall, ihre Prognose und Behandlung: Prof. Dr. W. Haase.

Mittel und Wege zur Erkennung der Nierentuberkulose: Prof. Dr. H. Schneider.

Schlusswort: Prof. Dr. H. Rubritius.

Wert und Durchführung periodischer Reihenuntersuchungen: Dr. P. Reckzeh.

Weitgehende Verbesserungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Oberreg. Rat a. D. F. Reiber.

Beweis für die Erbgesundheit im Falle des § 53 des Ehegesetzes: Oberlandesgerichtsrat i. R. Dr. M. Schläger.

Nr. 31. vom 2. August, 1941.

Die Ruhrbehandlung mit Bakteriophagen und Darmdesinfektientien: Dr. M. Kalinke.

Intralumbale Albucidtherapie bei posttraumatischer und eitriger Meningitis: Prof. Dr. R. E. Mark.

Die örtliche Sulfonamidtherapie in der Chirurgie: Dr. P. Bosse und G. Bosse.

Über Max Burkhardt, den Entdecker des Microsporon bei Erythrasma (1959): Prof. Dr. E. Hoffmann.

Die Behandlung des Keuchhustens mit der Vakzinetherapie: Dr. Winterscheid.

Nr. 32. vom 9. August, 1941.

Praecancerosen: Pro . Dr. M. Staemmler.

Über Konstitutionsfragen (I): Dr. J. A. Schneider.

Über die Anwendung von Vitamin E. in der Gynäkologie und Geburtshilfe: Dr. K. E. Fecht.

Ein Fall von Necrobiosis lipoidica: Dr. A. Clevinghaus.

Hippokrates, Nr. 27. vom 3. Juli, 1941.

Hormonale Fett- und Magersucht bei Diabetikern: Nieder.

Wesen und Wirkungsweise von Atemübungen: Leutiger.

Aus der psychotherapeutischen Praxis: Heyer.

Medizinische Ansichten über den Tabak aus dem Jahre 1751: Hoffmann.

Hippokrates, Nr. 28. vom 10. Juli, 1941.

Vom Wesen der Redox-Potentiale und ihrer biologischen Bedeutung: Kollath.
Über die Behandlung mit Follikelhormon in der Geburtshilfe: Friedrich.
Wesen und Wirkungsweise von Atmungsübungen: Leutiger.

Nr. 29. vom 17. Juli, 1941.

Pharmakologische und klinische Untersuchungen deutscher Heilpflanzen: Peplau u. Seel.
Herzbehandlung mit Convallaria majalis: Ernst.
Die Kneippsche Krankheitsauffassung, ihre Ergänzung durch neuzeitliche Erkenntnisse, Entwicklung und Ausbau des Kneippschen Heilverfahrens: Fe .

Nr. 30. vom 24. Juli, 1941.

Die Bedeutung den Frauenmilchsammelstelle für die tägliche ärztliche Praxis: Koch.
Eine neuartige Behandlung der Folgezustände spinaler Kinderlähmung und ihre Erfolge: Kleiser.
Über die Wirksamkeit der Schwefelsalben: Schuberth.
Beiträge zur chirurgischen Diagnostik des praktischen Arztes: Drescher.
Die Bedeutung der Insektekunde für die Medizin: Weiler.

Nr. 31. vom 31. Juli, 1941.

Die Geschwulstkrankheiten im Problematik und Klinik: Cramer.
Was ist ausschlaggebend bei der Entstehung der aktiven Tuberkulose, der Erreger oder die Krankheitsbereitschaft?: Kellner.
Wege zur Verständigung zwischen Allopathie und Homöopathie: Heimbrecht.
Gedanken zum Todestag von Georg Hauffe: Fasbender.

Nr. 32. vom 7. August, 1941.

Über die Zunahme des primären Lungenkrebses: v. Glinski.
Zur Klinik, Diagnose und Behandlung der Trichinose: Schmid.
Die Harnstofftherapie in der Chirurgie: Schuh.
Die Geschwultskrankheiten in Problematik und Klinik: Cramer.
Die atypische Gicht, ihre Symptome, Heilung und Verhütung: Ostmann.
Die Entzündung der Gallenwege: Schier.

Der Landarzt, Nr. 28. vom 9. Juli, 1941.

Die Grundlagen der Homöopathie: Dr. med. Erich Haehl.

Nr. 29. vom 16. Juli, 1941.

Standesspiegel: Oberstabsarzt a. D. H. Berger.
Die Grundlagen der Homöopathie- Eine einführende Betrachtung: Dr. med. Erich Haehl.

Nr. 30. vom 23. Juli, 1941.

Myasthenia gravis pseudoparalytica Behandlung und Behandlungserfolge: Sanitätsrat Dr. Karl Briegleb.

Nr. 31. vom 30. Juli, 1941.

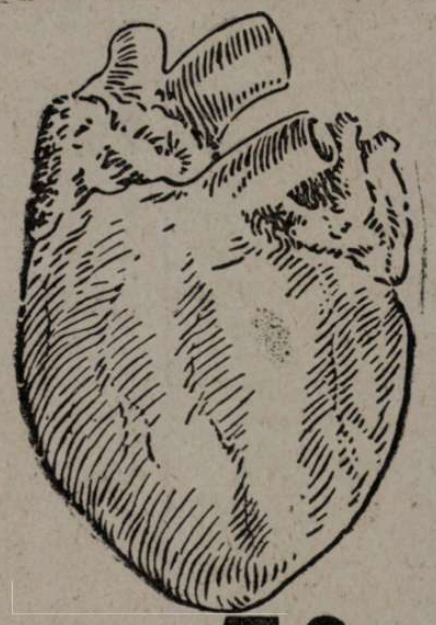
Zukunftsanspruch: Dr. Zaiss.
Biologische Behandlung von Knochenbrüchen: Geh. San. Rat Dr. Poelchen.

Forischritte der Therapie, Nr. 4. April, 1941.

Wesen und Anwendung der Anästhesiebehandlung: E. Fenz.
Tierexperimentelle Untersuchungen mit Pro Dorm.: J. Geissler.
Zur Vitamintherapie: F. Holldack.

Nr. 5. Mai, 1941.

Unterschiede in der Behandlung der Nephrose und Nephritis: E. Becher.
Tierexperimentelle Untersuchungen mit Pronostil solubile intralumbal bei künstlich erzeugter Streptokokkenmeningitis und über einen Fall von Streptokokkenmeningitis beim Menschen: E. Rinsche und H. Nasemann.
Die Bedeutung des Hämatoporphrin-Nencki (Photodyn) für die Therapie: J. Hünerfeld.



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate	de 3 ori pe zi $^1/_2$ comprimată.
	Dupa 3 zile
Granule	de 2 ori pe zi $^1/_2$ comprimată.
Supozitoare	Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

BISMUTOTERAPIA SIFILISULUI

PE CALE INTRAMUSCHIULARA

NÉOCARDYL

SOLUTIE OLEIOASĂ de butil-tio-laurat de bismut

INJECTII NEDUREROASE
ELIMINARE INCEATA SI CONTINUA

Prezenta sulfului în molecula favorizeaza actiunea terapeutica datorita proprietatilor sale antitoxice.

NEOCARDYL
(PENTRU ADULTI)
cutii cu 12 fiole de 1 1/2 cc. continând 0,075 gr. de bismut metal

NEOCARDYL
(INFANTIL)
cutii cu 10 fiole de 1 cc. continând 0,015 gr. de bismut metal

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propaganda Medicală: „Specia", Strada Anastasie Simu 6 — Bucureşti

Anul I. Nr. 9. Septemvrie 1941.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu Inspectoratului General Sanitar Sibiu şi al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:
Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacţie:
Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACŢIE:
Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Haţieganu, Dr. L. Ionaşiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiţia, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof Dr. E. Ţeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj—Sibiu, str. Haller Nr. 1
Telefon 45

SUMARUL:

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNEA SIBIIU

Articole ştiinţifice:

Prof. Dr. I. I. Nitzescu şi Dr. C. Maugsch: Factorul intrinsec „Castle" în pelagră . Pag. 303
Dr. L. Ionaşiu şi E. Mateş: Nivelul mintal al paraliticilor generali înainte şi după tratament . . . . . „ 305
Dr. C. Crişan: Un instrument original de folos practic în confecţionarea modelelor reconstructive din plăci de ceară . . . . . „ 310
Dr. Petru Radu şi Dr. Ioan Macavei: Limfosarcomul gastric cu metastaze generalizate „ 313
Dr. St. Gârbea: Amigdala lingual şi tusa cronică rebelă . . . . . „ 316
Conf. Dr. I. Gavrilă: Febra tifoidă şi sarcina . . . . . „ 320

Probleme terapeutice:

Prof. V. Papilian, Medic Lt. Colonel Dr. L. Ursu, Medic Maior Dr. N. Mihail şi Dr. Fl. Antonescu-Mazilu: Tratamentul cu pilocarpină în bolile pulmonare . „ 322
Dr. Coşereanu Aurelian: Cranioclastul ca dilatator şi tractor . . . . . „ 324

Probleme paramedicale:

Dr. Emil I. Bologa: Bio- şi Patografia . . . . . „ 326

Revista cărţilor . . . . . „ 331

Toracoplastia cu apicoliză extrafascială. Operaţia lui Semb de *Dr. C. Bibicescu, Dr. C. Cărpinişanu, Dr. Z. Barbu* şi *Dr. A. Oncescu.* — Psihologia persoanei de *Mărgineanu Nicolae.* — Die Seele de *A. Bier.* — Krankheit, Lebenskrise und soziales Schicksal de *Hollmann Werner.* — Operaţiunile în cabinetul medical. (Die Operation in der Sprechstunde) de *Goldhahn.*

Revista revistelor . . . . . „ 334

Note şi informaţiuni . . . . . „ 340

Decrete legi şi decizii Ministeriale. — Posturi vacante în cuprinsul Inspectoratului General Sanitar Sibiu.

Bibliografie . . . . . „ 341

Inscrisă la Tribunalul Sibiu, Secţia II-a, sub Nr. Fl. 47/1941. — Tipografia „DACIA TRAIANĂ" S. A., Sibiu

In diateze hemoragice, hemoragii, scorbut, predispoziţie spre infecţiuni.

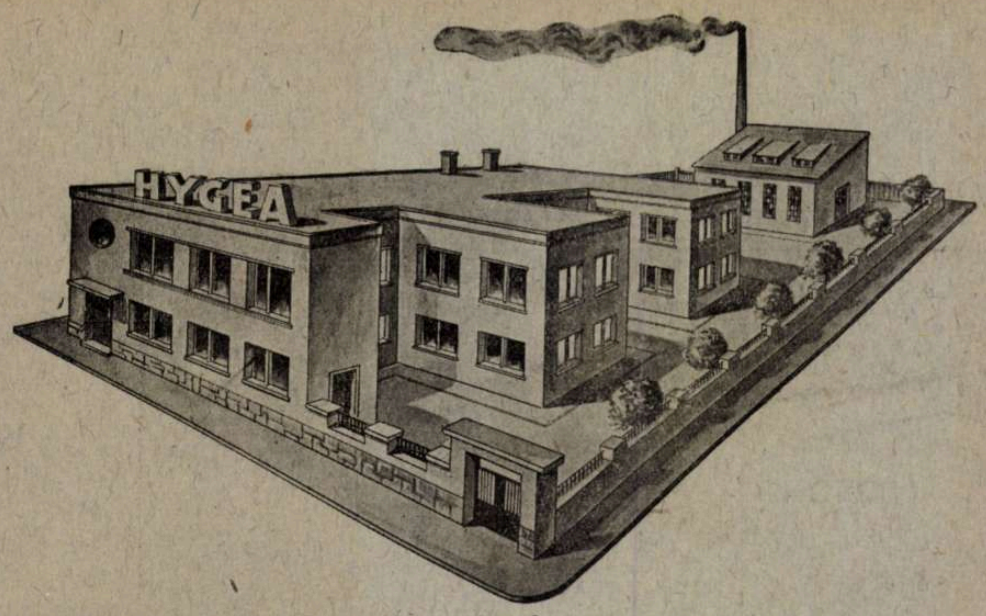
In boli infecţioase pentru compensarea consumului mărit de vitamină C.

In vărsăturile sarcinei, paradentoze, carii etc.

In cazuri grave: **Cantan forte**

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti I., Str. Brezoianu 53.



CLUJ

MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-aethanol-dioxybensol-formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor parazitare

SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. menthae & phoeniculi

Gastrite, Intoxicaţiuni alimentare, Constipaţii acute şi cronice

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfamido-chrisoidină
0,10 p-Aminobenzen-sulfamidă

Septicemii

FABRICA HYGEA-CLUJ, S. A. R.
BUCUREŞTI,
PENTRU PRODUSE CHIMICE ŞI FARMACEUTICE
Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

Eşantioane Medicale şi literatură la:

Reprezentanţa generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREŞTI, III

Telefon 221.38

Anul I. Septemvrie 1941 Nr. 9

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Articole ştiinţifice

Factorul intrinsec „Castle" în pelagră

de

Prof. Dr. I. I. Nitzescu şi **Dr. C. Maugsch**, asistent

Dela importantele lucrări ale lui Castle se admite că substanţa antianemică, principiul antipernicios după K. Singer sau hemonul, depozitat în ficat — poate şi în alte organe — şi indispensabil pentru activitatea normală a măduvei osoase în ce priveşte formarea globulelor roşii mature — ia naştere din interacţiunea în vivo — în stomac — a doi factori: unul intrinsec termolabil — hemogenază — cu caracter enzimatic (fermentul lui Castle) şi prezent în sucul gastric ca produs de secreţie al mucoasei (regiunea pilorică şi cardică) a acestui organ şi un factor extrinsec (hemogen), adus cu alimentele bogate în proteine (ficat, muşchi, inimă, albuş de ou, drojdie de bere, etc.). Deci în afară de pepsină, în sucul gastric se mai găseşte încă o enzimă, care, spre deosebire de pepsină, îşi exercită activitatea sa optimă la un pH (concentraţie de H-ioni) de 5, 5-6, cu totul deosebit de al pepsinei: 1, 5—2, sau al tripsinei: 7, 8. Absenţa acestui factor intrinsec duce la anemia pernicioasă. Intr'adevăr, Castle şi alţii au arătat că în boala lui Biermer factorul intrinsec lipseşte în sucul gastric sau se găseşte în urme. Şi noi în cursul acestor cercetări, cum se va vedea mai departe, în două cazuri de anemie hipercromă, cu achilie gastrică, am constatat aproape o dispariţie a acestui factor intrinsec.

Cum turburările gastrice sub formă de hiposecreţiune cu hipoclorhidrie accentuată şi chiar achilie, ca şi modificări de natură anemică, sunt fenomene obişnuite în pelagră, ne-am gândit, că n'ar fi lipsit de interes un studiu al modificărilor pe care le prezintă la aceşti bolnavi factorul intrinsec. Iată deci punctul de plecare al studiului prezent.

In ceea ce urmează dăm sub forma unei note preliminare rezultatul primelor cercetări executate pe un număr restrâns de cazuri. Este vorba de 6 (şase) cazuri de pelagră, pe care le-am găsit în vara trecută la unele servicii de clinică medicală. Imprejurările prin care trecem nu ne-au îngăduit, nici în vara trecută nici în vara aceasta, să întreprindem, după cum doream, un studiu amănunţit şi pe un număr mare de cazuri într'un centru de pelagră. Acest studiu va trebui să fie făcut ca o continuare şi întregire necesară a acestui început.

Tehnica. Metoda de lucru pentru determinarea factorului Castle a fost cea indicată de Fr. Lasch,[1]) care în principiu este următoarea: Din filtratul sucului gastric proaspăt, recoltat după histamină sau după un prânz de probă, se elimină mai întâiu pepsina prin precipitare cu soluţie alcoolică de cazeină, iar influenţa tripsinei se exclude prin creerea unui pH de 5, 5—6, la care aceasta nu poate activa. Lichidul din nou filtrat se împarte în două eprubete, dintre care una se ţine timp de 10 minute, la fierbere, într'o baie marină; în felul acesta în această fracţiune se distruge factorul Castle, termolabil. După răcire se pipetează din fiecare fracţiune (fiartă şi nefiartă) câte 1 cc. în alte două eprubete sterile, în care s'a introdus o mică cantitate (20 mgr.) de muşchi pulverizat, ca substrat pentru factorul extrinsec. Ambele eprubete se pun într'un termostat la 37° timp de 24 ore. Pe urmă, se precipită, proteinele neatacate cu soluţie de acid tricloracetic 2,5%, se filtrează şi în urmă se determină — prin microdozaj după Kjeldahl şi titrare iodometrică cu soluţie de tiosulfat de sodiu N/100 — cantitatea de azot neproteic din fiecare eprubetă. Diferenţa între numărul de cc. de tiosulfat, întrebuinţat pentru titrarea probei nefierte (1), şi cel pentru titrarea probei fierte (2), serveşte ca măsură a cantităţii de azot, respectiv a produşilor solubili, puşi în libertate din substratul proteic prin acţiunea fermentului Castle în eprubeta, în care s'a pipetat suc gastric

[1]) Klin. Vochenschr. 16/I, p. 810 (1938).

nefiert. La oamenii normali această diferență variază în majoritatea cazurilor între 2,4 până la 6,5 cc. pentru 4 cc. de filtrat tricloracetic (respectiv 1/3 cc. lichid gastric).

In cazul nostru sucul gastric era recoltat după prânzul de probă Boas-Evald, iar ca substrat pentru factorul extrinsec ne-am servit de mușchi, foarte fin pulverizat.

Rezultate: Tabloul alăturat rezumă rezultatele obținute în cazurile cercetate:

			Diferența în cc. de $S_2O_3Na_2$ $^n/_{100}$
1. M. I	31 ani,	Pelagră de mai mulți ani	1.26 cc.
2. I. N.	36 „	„ „ „ „ „ „	1.70 „
3 I. R. M.	27 „	„ primul an	1.95 „
4. C. S.	47 „	„ de doi ani	2.28 „
5. V. D.	40 „	„ de patru ani	1.05 „
6. M. B.	37 „	„ „ „ „	1.18 „

Bolnavii Nr. 1, 5 și 6 prezentau la intrarea în spital achilie gastrică, pe când 2 și 3 aveau o hipersecreție cu hypochlorhidrie accentuată. Nr. 4 se afla sub tratament medical și dietetic de două săptămâni și era mult ameliorat, așa că rezultatul poate fi în parte datorit acestui fapt.

In două cercetări la persoane normale cifrele, pe care le-am obținut, au fost de 2,8 și 4,1 respectiv, asemănătoare valorilor găsite de Lasch.

Am făcut de asemenea determinări și în două cazuri de anemie pernicoasă (maladia lui Biermer) valorile găsite au fost de 0,51 și 0,27 deci o scădere foarte accentuată în cantitatea de ferment, după cum s'a raportat și de Lasch și alți autori.

Concluzii: La cinci dintre cele șase cazuri de pelagră cercetate numărul de cc. de tiosulfat de sodiu $N/_{100}$, reprezentând diferența între eprubeta 1 și 2, a rămas sub limita inferioară de 2 cc. dela indivizii normali. Prin urmare, fermentul proteolitic (Castle) prezent în sucul gastric normal și diferit de pepsină și de tripsină, l-am găsit în proporție mai redusă la pelagroși decât la normali.

Am putea spune — după aceste prime rezultate — că factorii dietetici — poate și toxici — cu rol hotărâtor în etiologia și patogenia pelagrei, influențează producerea factorului Castle, pricinuind o carență, mai mult sau mai puțin accentuată a acestuia. Această carență la rândul ei, ar contribui într'un anumit grad la apariția cel puțin a unora dintre turburările sanguine pe care le întâlnim la acești bolnavi.

Cercetări mai întinse, cu mai multe sondări gastrice în timpul ospitalizării, și — cum am spus dela început — pe un număr cât mai mare de cazuri, în toate stadiile de boală, va îngădui să se aducă mai multă preciziune în ce privește intensitatea și mecanismul de producere al carenței în factorul intrinsec și tot odată mai multă claritate în ce privește rolul acestei carențe în producerea unor dintre manifestările boalei.

(LABORATORUL DE FIZIOLOGIE AL FACULTĂȚII DE MEDICINĂ BUCUREȘTI)

RESUMÉ

Le facteur intrinseque „Castle“ dans la pellagre

Dans 5 cas sur 6 cas de pellagre étudiés le nombre de cmc. de thiosulfate de sodium N/100 représentant la différence entre l'éprouvette 1 et 2, est resté au-dessous de la limite inférieure de 2 cmc. qui est celle des individus normaux. Par conséquent le ferment protéolitique (Castle), présent dans le suc gastrique normal, et qui diffère de la pepsine et de la trypsine, nous l'avons trouvé dans une proportion plus réduite chez les pellagreux que chez les normaux.

Nous pourrions dire, que les facteurs diététiques, peut-être aussi toxiques, avec un rôle décisif dans l'etiologie et la pathogénie de la pellagre, influencent la production du facteur Castle, causant une carence, plus ou moins prononcée, de celui-ci. Cette carence à son tour contribuerait dans un certain degré à l'apparition au moins de quelques uns des troubles sanguins, que nous rencontrons chez ces malades.

ZUSAMMENFASSUNG

Der wesentliche Faktor „Castle“ bei Pellagra

Bei fünf von den sechs untersuchten Pellagra-Fällen sind die ccm. von Natron-Thiosulfat N/100, welche die Differenz zwischen Epruvette 1 und 2 ergeben, bei normalen Individuen, unter der niedrigen Grenze von 2 ccm. geblieben. Demzufolge habe ich das proteolitische Ferment (Castle), welches im normalen Magensaft und unterschiedlich von Pepsin und Trypsin vorhanden ist, bei Pellagra-Kranken in geringeren Mengen gefunden, als bei Gesunden.

Wir könnten sagen, dass die dietetischen, vielleicht auch die toxischen Faktoren, wichtig in der Etiologie und Pathogenie der Pellagra, die Entstehung des Faktors Castle beeinflussen, indem sie einenmehr oder weniger betonten Mangel desselben hervorrufen. Dieser Mangel aber trägt in einem gewissen Grad zur Erscheinung wenigstens einiger der sanguinen Störungen bei, die wir bei diesen Kranken antreffen.

Nivelul mintal al paraliticilor generali înainte și după tratament

de

Dr. L. Ionașiu și **E. Mateș**

Problema nivelului mintal al paraliticilor generali trataţi nu este numai o problemă de eficacitate terapeutică, ci interesează şi prin consecinţele medico-legale şi profesionale pe care poate să le aducă.

In adevăr paralizia generală fiind o encefalită cronică difuză, care prin acţiunea sa directă asupra creerului angrenează în special inteligenţa şi funcţiunile intelectuale, prima preocupare a medicului trebue să fie aceea a întinderii şi naturii ameliorării constatate.

Este această ameliorare pe care mijloacele terapeutice moderne au permis-o o veritabilă revenire la starea dinainte de boală, sau constă numai din simple recuperări de automatisme, care deşi compatibile cu anumite profesiuni inferioare, impun totuşi paraliticului general anumite bariere, atât în domeniul social cât şi profesional, creindu-i pentru tot restul vieţii o stare de inferioritate ?

Cu alte cuvinte poate paraliticul general socotit vindecat, astăzi când complexitatea cerinţelor sociale şi profesionale constitue chiar pentru indivizii normali o problemă dificilă, să-şi mai îndeplinească cu acelaşi succes obligaţiile dinainte de boală ?

Această problemă la care medicii sunt chemaţi să răspundă — în deosebi după descoperirea tratamentelor specifice moderne — care prin ameliorările produse scot paraliticul general din azil şi-l repun iarăşi în vieaţa socială şi profesională, a creiat o diversitate de vederi, opiniile diferiţilor cercetători oscilând între a admite sau nu existenţa remisiunilor complete.

Astfel în şedinţa medico-psihologică din Iunie 1930 *Th. Simon*[1]) dă următoarele referinţe cu privire la tratamentul malaric.

„Malariaterapia, spune el, lasă paraliticul general inferior faţă de ceea ce a fost înainte de encefalita sa, el nu rămâne adesea capabil decât de lucrurile simple, însă ea îi redă supleţa, eliberează activităţile intelectuale îngreuiate, atenuiază sau chiar suprimă pericolul ictusurilor şi ca urmare lasă paraliticul general, chiar şi pe cel din azil, mai influenţabil şi mai uşor de dirijat, asămănător unui debil mintal, fără prea mult de neprevăzut".

La concluzii asemănătoare ajunge mai târziu *Crotjahn,*[2]) care bazat pe materialul clinicilor din Berlin, susţine că în general rezultatele obţinute până în prezent în tratamentul paraliziei generale nu ne permit un optimism prea mare.

Astfel din 55 cazuri observate şi tratate de el în decurs dela I—II ani, nu a putut constata nici o remisiune globală, la 18 din aceste cazuri a obţinut unele ameliorări însă cu defecte, 20 de cazuri au rămas staţionare sau au regresat, 15 au murit, iar ultimile două cazuri au fost pierdute din vedere.

In acelaşi sens inclină şi opiniile *Heuyer şi Delmas,* care susţin că regresările paraliziei generale sunt încă departe de a fi perfecte, cazurile de recuperări sociale ne fiind prea probate atunci când este vorba de indivizi deţinând profesiuni inferioare, deoarece acestea nu fac apel atât la inteligenţă, cât la anumite automatisme compatibile cu un anumit grad de demenţă, nivelul mintal al paraliticilor generali fiind găsit în majoritatea cazurilor inferior, atunci când examinarea a fost efectuată cu ajutorul testelor de inteligenţă.

După alţi autori ca *Reid, Dattner, Nicole, Marchand, Claude, Cheney* etc. remisiunile globale au putut fi totuşi realizate cel puţin la un anumit număr dintre paraliticii generali trataţi, bilanţul rezultatelor este însă foarte variabil, oscilând 18—64% recuperări sociale.

Astfel după *Cheney* ale cărei cercetări întreprinse în oraşul New-York şi bazate pe un număr considerabil de cazuri (11.104) şi pe o durată de 11 ani numărul remisiunilor totale se ridică la un procent de 18%, iar al ameliorărilor la 50%.

Alţi autori ca *H. Claude* se declară pentru remisiunile tardive obţinute în urma unei lungi perioade de tratament, o reexaminare aşa efectuată după 9 ani de tratament, ridicând numărul remisiunilor totale dela 13% — câte au fost găsite în primul an — la 26,3%.

Explicaţia acestor divergenţe de opinii şi rezultate, trebue căutată în o serie întreagă de factori, din amestecul cărora pot lua naştere eventual aceste deosebiri, factori ca: precocitatea şi felul tratamentului, clasificaţii nosografice şi nesimilare, condiţii tehnice de tratament şi evulare a rezultatelor diferite, etc.

In deosebi instaurarea unui tratament precoce şi energic pare să dea rezultatele cele mai satisfăcătoare.

După *Reid,* cel mai mare procent şi cele mai rapide vindecări au putut fi obţinute la bolnavii la care tratamentul a fost început în primele 7 luni dela debut, numărul remisiunilor totale ridicându-se în asemenea

[1]) Cit. de H. Claude et P. Masquin. — „L'examen du fond mental des paralytiques généraux par la methode des tests". — Ann. Méd. Psych. Juillet 1933.

[2]) Cit. de H. Boeters. — „Therapie des progresiven paralyse". — Fortschritte der Neurol. Psych. Sept. 1940.

cazuri la 20—40%, şansele de vindecare totală diminuând pe măsură ce perioada dela debut se măreşte.

M. Feuillade care în urma unui tratament cu stovarsol sodic a obţinut 58% de recuperări sociale, crede că explicaţia unor asemenea rezultate trebue căutată în faptul că, tratamentul specific a fost aplicat la bolnavi la care elementul demenţial nu era atât de înaintat încât să necesite internarea în spital.

Eficacitatea mărită a tratamentelor precoce poate fi, după *Claude*, mai uşor înţeleasă, dacă admitem că în evoluţia paraliziei generale ar exista două perioade, o primă perioadă care ar putea fi numită dinamică, deţinătoare numai de modificări fiziologice ale celulei nervoase, mult mai uşor de influenţat pe cale medicamentoasă, şi o perioadă lezională în sensul anatomic al cuvântului, stadiu ireparabil şi definitiv, totul reducându-se de altfel — atunci când este vorba de tratament — mai mult la o problemă de stabilizare decât de remisiune.

Pe de altă parte însăşi dozarea şi felul tratamentului pot da naştere la rezultate felurite, majoritatea autorilor declarându-se pentru tratamentul malaric, cu şi fără completare chimio-terapeutică, tratament care dela descoperirea sa de către *Wagner-Jauregg*, este considerat că ar da cele mai bune rezultate.

Baumgarten, Claude, Coste, Sorger, D'Arigo, etc., cred că acţiunea malariei ar consta din transformarea paraliziei generale într'un lues terţiar, leziunile difuze encefalitice transformându-se astfel în leziuni circumscrise de focar, mult mai uşor de influenţat pe cale medicamentoasă.

Alţi autori ca: *Benvenuti, Gerstmann, Dujardin, Lépine*, etc. cred că accesul palustru ar produce o alergizare a organismului, provocând fenomene de protecţie şi imunizare, precum şi o distrucţie globulară cu punerea în libertate a fermenţilor sângelui.

Dar oricare ar fi mecanismul prin care acţiunea malariei s'ar exercita asupra creerului, atunci când ameliorarea s'a produs, pentru a putea stabili în mod just gradul şi natura acestei ameliorări, cât şi pentru a putea evita conflictele medico-legale şi profesionale ce ar putea eventual surveni, medicul trebue să se înconjoare de maximum de garanţii, metodele clinice de evaluare ne mai fiind adesea suficiente.

In adevăr prin faptul că metodele clinice fac de multe ori apel la automatismele obişnuite ale vieţii, automatisme care uneori se păstrează chiar în fazele demenţiale înaintate, riscă să considere bolnavul mai ameliorat decât este în realitate.

Pentru a putea înlătura acest neajuns, profesorul *H. Claude şi Th. Simon* — vorbind despre examinarea paraliticilor generali trataţi — recomandă pe lângă un examen clinic riguros, utilizarea testelor de inteligenţă, care pe lângă o exprimare cantitativă şi obiectivă a ameliorărilor constatate nu se referă decât într'o măsură extrem de redusă la automatismele obişnuite, ci au în vedere mai mult puterea de adaptare a indivizilor.

In cazul nostru examenul intelectual a fost efectuat cu ajutorul testelor de inteligenţă *Pintner-Paterson* la un număr de 65 paralitici generali bărbaţi şi femei, internaţi în vederea tratamentului în spitalul de Boli Mintale şi Nervoase din Sibiu, în decursul anilor 1938—1941.

Motivul că din întreaga serie a testelor de inteligenţă existente am ales testele de performanţă, stă în faptul că aceste teste nu fac apel pentru rezolvarea lor la o exprimare verbală sau grafică, ci se rezumă la manipularea tacită a unor bucăţele de lemn, bolnavul fiind pus cu alte cuvinte în faţa unor situaţii concrete pe care trebue să le rezolve, actele automatice fiind astfel cu totul înlăturate. Pe de altă parte din cauza instrucţiei lor extrem de reduse au putut fi cu succes aplicate şi la acei dintre bolnavi cari nu cunoşteau bine limba română, sau la cei cu turburări masive ale atenţiei.

Bolnavii examinaţi n'au fost obiectul unei alegeri speciale aşa că se recrutau din clase sociale diferite, cu o uşoară predominanţă a paraliticilor dela oraş (intelectuali şi meseriaşi), gradul lor de cultură fiind de asemenea variat, toţi având însă cel puţin 4 clase primare.

Scopul cercetărilor a fost determinarea pe cale obiectivă a modificărilor produse de tratament asupra nivelului mintal al paraliticilor generali, aceasta atât pentru completarea examenului clinic, cât şi pentru stabilirea eficacităţii diverselor metode de tratament utilizate.

Examinarea bolnavilor a avut loc înainte de începerea oricărui tratament şi după terminarea a cel puţin două serii de injecţii, o parte dintre paralitici fiind reexaminaţi şi a treia oară după 8 luni sau un an de tratament.

In cazurile de inoculări malarice examenul a avut loc la o săptămână şi jumătate după întreruperea cu chinină a febrei malarice, unii dintre bolnavi fiind examinaţi şi după completarea pe cale medicamentoasă a paludismului.

Tratamentul antiluetic a constat la cea mai mare parte dintre paralitici, din injecţii alternative de bismut şi arsen, cantitatea minimă de arsen, injectată între cele două examinări fiind de circa 12,60 gr., completată cu 24 injecţii de bismut, curele arseno-bismutice fiind considerate de *Hoffmann şi Bonn* printre cele mai active pe care le posedăm până în prezent.

Malaria a fost inoculată la 15 dintre cei 65 paralitici examinaţi, tratamentul fiind continuat după întreruperea febrei, pe cale medicamentoasă cu preparate de arsen şi bismut.

In ceea ce priveşte perioada de debut a paraliziei generale n'am putut obţine date prea precise, deoarece cu toate informaţiile date de însoţitori, că apariţia simptomelor encefalitice nu depăşea limita de două, trei luni, deteriorarea mintală constatată la cea mai mare parte dintre bolnavi, ne făcea să presupunem că în realitate turburările, trebue să fi început mult mai de vreme, ele trecând neobservate de anturaj până în momentul în care au luat forme mai grave. Dealtfel procesul demenţial nu era la fel de înaintat la toţi bolnavii, etatea lor mintală variind pe o scară destul de întinsă, 4—12 ani. Această variaţie era în realitate — dacă ţinem seama că numai 7 din cei 65 paralitici examinaţi depăşeau vârsta de 10 ani mintali — ceva mai redusă, majoritatea bolnavilor având o inteligenţă ce varia între 4—9 ani, cu o etate mintală medie de 8,5 ani.

Aceiaşi dispersiune am găsit-o de altă parte şi în modul de rezolvare al diferitelor probe care alcătuiesc performanţa, testele fiind rezolvate pentru vârste diferite, cu o deviaţie medie de 2.08, ceea ce ar pleda pentru teoria lui *Claude*, că chiar în paralizia generală, unde acţiunea agentului patogen se exercită direct asupra creerului, procesul demenţial nu atinge în mod egal capacitatea mintală a individului, desagregarea intelectuală urmând un drum lacunar, în primul rând ne fiind atinse decât procesele superioare ale inteligenţei şi achiziţiile intelectuale de dată recentă. Forma de deteriorare intelectuală insulară descrisă de *Preda, Stoenescu şi Cupcea* la schizofrenici, putând fi observată într'un ritm mult mai rapid şi la paraliticii generali, demenţa devenind globală numai în fazele mai înaintate ale paraliziei.

O uşoară variaţie a indicilor intelectuali a fost găsită şi în funcţie de grupul femeilor şi al bărbaţilor, femeile prezentând în general o inteligenţă mai scăzută decât bărbaţii, etatea mintală medie fiind de 7,5 ani pentru grupul femenin şi de 8 ani 11 luni pentru cel masculin, aceasta fie că procesul demenţial este mai rapid la femeie, fie că acestea prin faptul că se recrutau din clase sociale mai joase, au avut chiar dela început un nivel mintal mai scăzut. S'ar mai putea de asemenea presupune că şi perioada de debut a fost mai lungă la femei decât la bărbaţi, deoarece, acestea exercitând în general profesiuni casnice, tulburările lor mintale n'au putut fi decât mai târziu observate. De notat că la ele se întâlnea mult mai des forma de demenţă globală, observată de obiceiu în fazele înaintate ale paraliziei generale. Un argument care ar pleda totuşi în favoarea unui ritm mai accelerat al procesului demenţial la femei, îl constitue faptul că şi în cazul altor maladii mintale, femeile au obţinut în general coeficienţi intelectuali mai scăzuţi, ori cercetările lui *Termann* au dovedit-o că — cel puţin în ceea ce priveşte aspectul global al inteligenţei — nu există diferenţe între bărbaţi şi femei.

Dintre celelalte funcţiuni intelectuale, deşi ele n'au fost examinate decât la un mic număr de bolnavi, am putut observa în primul rând o deteriorare a memoriei de fixare, şi în deosebi a acelor funcţiuni care se referă la formarea de achiziţii noi, cum ar fi puterea de învăţare, etc.

Trecând acum la modificările mintale ivite în urma tratamentului, putem spune că deşi în medie etatea mintală a paraliticilor nu s'a modificat decât foarte puţin, ridicându-se dela 8 ani 5 luni, cât a fost găsită mai înainte, la 8 ani 11 luni, totuşi la un procent de 35,08% dintre bolnavii trataţi nivelul mintal a crescut cu o cantitate ce varia între 8 luni şi 2 ani 7 luni — atât ameliorările cât şi regresele mai mici de 7 luni fiind socotite ca variaţii normale —, la 45,61% dintre paralitici nivelul mintal a rămas staţionar, iar la 19,30% procesul demenţial a continuat cu tot tratamentul antiluetic instituit, nivelul lor mintal diminuând între 7 luni şi 2 ani 11 luni, la unii dintre bolnavi putându-se observa concomitent cu desagregarea lor mintală şi o înrăutăţire a stării lor fizice.

Regresarea procesului demenţial a urmat în general acelaşi drum lacunar ca şi în cazul evoluţiei, cel mai puţin influenţate de tratament fiind procesele superioare ale inteligenţei (logică, raţionament, etc.), testele privind aceste funcţiuni obţinând cotele cele mai scăzute, aşa încât cu toate că procentul ameliorărilor era relativ ridicat (35,08), la remisiuni perfecte ale procesului demenţial nu s'a putut ajunge nici chiar în cazurile cele mai favorabil influenţate de tratament, coeficienţii intelectuali rămânând inferiori normei, chiar şi la acele dintre cazuri, unde cultura şi profesiunea bolnavilor ne făcea să presupunem o inteligenţă anterioară cel puţin normală.

La concluzii asemănătoare ajung dealtfel şi *Dujardin* şi *Targowla*, care vorbind despre inteligenţa paraliticilor generali trataţi, susţin că chiar în cazul remisiunilor socotite totale mai persistă un oarecare deficit intelectual, lipsă de iniţiativă şi fatigabilitate mărită.

După *Roger*, fondul demenţial este cel mai puţin influenţat de tratament, acţiunea malariei sau a altor mijloace terapeutice, manifestându-se în primul rând asupra sindromului somatic, sindromul psihic este de asemenea bine influenţat, dispărând în primul rând simptomele de excitaţie şi puseurile delirante, nivelul mintal — cu excepţia câtorva cazuri — rămâne însă sub normal. Şi cu toate că în medie procentul remisiunilor totale este de 25%, bolnavii socotiţi vindecaţi nu pot

fi plasaţi decât pe o treaptă socială inferioară celei avute înainte.

O uşoară creştere a procentului de ameliorări a putut fi obţinută în funcţie de durata tratamentului, numărul ameliorărilor fiind de 36,68% pentru cazurile cu o durată de tratament mai lungă de 8 luni şi 30,30% pentru cazurile la care durata de tratament a fost mai scurtă. Importanţa tratamentului de lungă durată se relevă astfel mai ales în cazurile de demenţe organice, cum este paralizia generală, unde ameliorările nivelului mintal nu se produc în mod rapid, ci încetul cu încetul, tratamentul trebuind să fie continuat în unele cazuri în decursul întregei vieţi a individului.

Pe de altă parte numărul remisiunilor a fost mai scăzut la femei decât la bărbaţi, nivelul mintal al femeilor fiind găsit ameliorat numai la 27,2% dintre cazuri, iar al bărbaţilor la 40%, ceea ce având în vedere ipoteza lui *Claude*, că tratamentul specific acţionează în deosebi asupra modificărilor funcţionale ale celulei nervoase, ar pleda în favoarea existenţei unor leziuni cerebrale mai profunde la femei. Nu trebue uitat însă nici modul de manifestare al maladiei, la femei predominând în special formele demenţiale şi depresive, care după cum se ştie sunt cel mai greu influenţate de tratament.

Tabloul alăturat indică rezultatele obţinute la cei 65 paralici trataţi atât în funcţie de durata tratamentului, cât şi repartizate pe cele două grupe:

Bărbaţi şi femei

Total P. G.	*Bărbaţi P. G.*	*Femei P. G.*
Ameliorați . 35,08%	Ameliorați . 40,0 %	Ameliorați . 27,2 %
Staționari . 45,61%	Staționari . 37,14%	Staționari . 59,09%
Regrese . . 19,30%	Regrese . . 22,85%	Regrese . . 13,63%

Până la 8 luni tratament	*Peste 8 luni de tratament*
Ameliorări 30,30%	Ameliorări 36,84%
Staționare 45,45%	Staționare 47,30%
Regrese 24,24%	Regrese 15,78%

In ceea ce priveşte tratamentul malaric, cel mai mare procent de ameliorări a fost obţinut în urma asocierii dintre febra malarică şi alte tratamente chimice (în cazul nostru arsen şi bismut), numărul ameliorărilor fiind chiar ceva mai scăzut în cazul de simple inoculări malarice, decât în cazul celorlalte tratamente utilizate de noi, fapt ce ar constitui un argument în favoarea ipotezei susţinută de: *Benvenuti, Gerstmann, Dujardin, Lépine* ş. a., ipoteză care atribuie malariei mai mult un rol alergizator al organismului, decât unul terapeutic:

Rezultatele obţinute sunt date de tabloul următor:

Malarie simplă	*Malarie + trat. antiluetic*
Ameliorări 28,57%	Ameliorări 50%
Staționare 57,14%	Staționare 50%
Regrese 14,28%	Regrese 0%

Cercetând aportul adus de factorul vârsta cronologică, în producerea ameliorărilor mintale, n'am putut găsi decât o reducere minimă a procentului de ameliorări concomitent cu înaintarea în vârstă, de menţionat însă că numărul bolnavilor trecuţi de 50 ani a fost foarte mic. De asemenea n'am putut stabili nici un fel de corelaţie între tipul morfologic al paraliticilor generali şi numărul ameliorărilor obţinute, procentul de ameliorări fiind aproximativ acelaşi pentru fiecare dintre cele trei tipuri, deşi atât printre paraliticii examinaţi din punct de vedere intelectual cât şi printre ceilalţi am găsit o predominanţă a tipurilor picnice şi atletice.

In linii generale, din cele expuse mai înainte reiese că:

1. Procentul de ameliorări ale nivelului mintal obţinut de noi în urma diverselor tratamente este în medie de 35,08%, numărul ameliorărilor fiind mai scăzut la femei (27,2%), decât la bărbaţi (40%).

2. Ameliorările intelectuale au fost în general mici, variind între 8 luni şi 2 ani 7 luni, neputându-se vorbi decât în cazuri extrem de rare de regresări perfecte ale procesului demenţial, paraliticii generali trataţi păstrând în majoritatea cazurilor un deficit intelectual mai mult sau mai puţin pronunţat.

3. Cel mai mare procent de ameliorări (50%) a fost obţinut în urma malarizărilor urmate de alte tratamente medicamentoase, procentul ameliorărilor fiind chiar ceva mai scăzut în cazurile de simple inoculări malarice, decât în cazul tratamentelor de arsen şi bismut, ceea ce pledează mai mult pentru rolul de alergizator decât terapeutic al malariei.

4. Dintre celelalte simptome encefalitice fondul demenţial, după cum spune Roger, este cel mai puţin influenţat de tratament.

5. Factorii vârstă cronologică şi tip morfologic n'au dus, în cazul nostru, la modificări sensibile ale procentului de ameliorări.

După cum vedem problema paraliticilor generali trataţi, este o problemă destul de complexă şi încă departe de a fi pe deplin soluţionată, tratamentele existente până în prezent neducând, decât în cazuri extrem de rare, la remisiuni perfecte ale procesului demenţial, majoritatea paraliticilor generali mai păstrând — chiar atunci când este vorba de recuperări sociale — un anumit deficit intelectual, lipsă de iniţiativă şi iritabilitate crescută, aşa încât deplina soluţionare a tratamentului paraliziei generale mai rămâne încă o problemă a viitorului.

Bibliografie

1. *P. André, L. Beley, C. Nodet,* Ann. Méd. Psych., Juin 1936.
2. *R. Anlade, M. Rougeau, J. Fretet,* Ann. Méd. Psych., Janvier 1937.
3. *H. Boeters,* Fortschritte der Neur. Psych., Sept. 1940.
4. *M. Brissot* et *J. Devalet,* Ann. Méd. Psych., Juillet 1934.

5. *H. Claude* et *P. Masquin*, Ann. Méd. Psych., Juin 1933.
6. *H. Claude* et *P. Masquin*, Ann. Méd. Psych., Mars 1934.
7. *H. Claude* et *Fl. Coste*, Ann. Méd. Psych., Avril 1936.
8. *H. Claude* et *Fl. Coste*, Ann. Méd. Psych., Avril 1936.
9. *A. Courtis, Misset* et *A. Bely*, Ann. Méd. Psych., Avril 1936.
10. *Culerre* et *Edert*, Ann. Méd. Psych., Avril 1936.
11. *Dublineau*, Ann. Méd. Psych., Février 1936.
12. *A. Donnadieu*, Ann. Méd. Psych., Décembre 1935.
13. *Dujardin* et *H. Vermeylen*, Ann. Méd. Psych., Oct. 1937.
14. *J. Dertler*, Ann. Méd. Psych., Décembre 1937.
15. *J. Dublineau*, Ann. Méd. Psych., Avril 1937.
16. *J. Delmond*, Ann. Méd. Psych, Mars 1937.
17. *J. Delmond, J. Lanquet* et *L. Anglade*, Ann. Méd. Psych., Mars 1937.
18. *M. Feuillade*, Ann. Méd. Psych., Mars 1939.
19. *Guiraud* et *H. Nodet*, Ann. Méd. Psych, Déc. 1935.
20. *Fr. Jahnel*, Fortschritte der Neur. Psych.
21. *L. Marschand*, Ann. Méd. Psych., Mars 1938.
22. *L. Marchand, Stora* et *Gaultier*, Ann. Méd. Psych., Mars 1939.
23. *L. Marchand, R. Micod* et *J. Tusques*, Ann. Méd Psych., Juillet 1934.
24. *H. Picard, J. André* et *M. Lecomte*, Ann. Méd. Psych., Décembre 1935.
25. *Gh. Preda, Th. Stoenescu* şi *S. Cupcea*, Bul. Spit. de Boli Mintale şi Nervoase, Sibiu 1935.
26. *Gh. Preda. Th. Stoenescu* şi *S. Cupcea*, Bul. Spit. de Boli Mintale şi Nervoase, Sibiu 1938.
27. *Th. Simon* et *J. Rouart*, Ann. Méd. Psych, Février 1933.
28. *A. Requet* et *J. Turin*, Ann. Méd. Fsych., Mars 1938.

(SPITALUL DE BOLI MINTALE, SIBIU
Director: Dr. L. Ionaşiu)

RESUMÉ

Le niveau mental des paralytiques généraux avant et après le traitement

Les auteurs ont étudié le niveau mental chez 65 malades avec paralysie générale, hommes et femmes, à l'aide des tests d'intelligence Pintner-Paterson, pendant 1938-1941.

Le traitement antisyphilitique a consisté en injections alternatives avec de l'arsenic et bismuth. La quantité minime d'arsenic injectée entre les deux examens a été 12,60 g, complétée avec 24 injections de bismuth. La malaria a été inoculée chez 15 malades, après la malariothérapie on a continué le traitement avec des médicaments arsenicaux et du bismuth.

Après ces recherches les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1. Le pourcentage des améliorations du niveau mental à la suite des divers traitements est en moyen de 35,08%, le nombre des améliorations etant plus réduit chez les femmes, 27,2%, que chez les hommes, 40%.

2. Les améliorations intellectuelles ont été généralement petites, variant entre 8 mois et 2 ans 7 mois, on ne peut pas parler de régressions complètes du proces de la démence que dans des cas extrêmement rares, les paralytiques généraux en gardant dans leur majorité un déficite intellectuel, plus ou moins exprimé.

3. Le plus grand nombre d'améliorations, 50%, a été obtenu d'après la malariothérapie suivie d'autres traitements médicamenteaux.

4. Le fond de la démence est le moins influencé par le traitement.

5. Les facteurs — âge et type morphologi — que n'ont pas modifié sensiblement le pourcentage des améliorations.

ZUSAMMENFASSUNG

Das geistige Niveau von Paralytikern vor und nach der Behandlung

Die Verfasser haben das geistige Niveau bei 65 Kranken mit allgemeiner Paralyse, Frauen und Männer, vor und nach der Behandlung mit der Intelligenz-Probe nach Pintner-Paterson, im Laufe der Jahre 1938-41, geprüft.

Die antiluetische Behandlung bestand aus alternativen Injektionen mit Arsen und Bismuth. Das Minimum von Arsen, injiziert zwischen den beiden Untersuchungen, betrug cca. 12.60 gr, vervollständigt mit 24 Bismuth Injektionen.

Mit Malaria wurden 15 dieser Kranken geimpft. Nach Unterbrechung des Fiebers, wurde die medikamentöse Behandlung mit Arsen und Bismuth fortgesetzt.

Die Verfasser gelangten bei ihren Beobachtungen zu nachstehenden Folgerungen :

1. Der Prozentsatz der Verbesserung des geistigen Niveau's nach den verchiedenen Behandlungen, betrug im Durchschnitt, 35 08%. Bei Frauen betrug dieser Prozentsatz nur 27.2%, bei den Männern 40%.

2. Die intelektuellen Besserungen waren im allgemeinen sehr gering, abwechselnd zwischen 8 Monaten und 2 Jahren und 7 Monaten. Nur sehr selten konnte ein vollkommener Rückgang, der dementen Symptome verzeichnet werden, da die behandelten Paralytiker in den meisten Fällen ein mehr oder weniger hervortretendes intelektuelles Defizit aufwiesen.

3. Der grösste Prozentsatz der Besserung, 50%, wurde durch Malaria-Behandlung, kombiniert mit nachfolgender medikamentöser Behandlung, erzielt.

4 Die Demenz wird durch die Behandlung am wenigsten beeinflusst.

5. Die Faktoren, Alter und morphologischer Typ haben nicht zu nennenswerten Aenderungen des Prozentsatzes der Besserungen geführt.

Un instrument original de folos practic în confecționarea modelelor reconstructive din plăci de ceară[1)]

de

Dr. C. Crișan, șef de lucrări

I.

Metode de reconstrucție

Pentru a ne forma o imagine plastică despre diferite formațiuni microscopice, recurgem la reconstrucția stereoscopică a acestor formațiuni.

Condițiile de căpetenie — sine qua non — ale oricărei reconstrucții sunt: 1. Să dispunem de *secțiuni în serii absolut complete;* 2. Să cunoaștem precis *grosimea secțiunilor* și 3. Secțiunile să fie *bine* și *uniform întinse,* fără cute.

Obiectele microscopice pot fi reconstituite în trei feluri:[2)]

a) In imaginație, sau „în cap", cum se mai spune, când, examinând la microscop seriile succesive de preparațiuni, căutăm să ne formăm, bazându-ne pe memorie, o imagine plastică despre forma și despre raporturile formațiunilor care ne interesează. Această metodă, având la bază memoria atât de labilă și înșelătoare, dă frâu liber imaginației și duce, de cele mai multe ori, la rezultate 'mai mult ori mai puțin false. Din această cauză nu se recomandă decât atunci, când este vorba de formațiuni unice și foarte simple, ca: o grupă de celule, un tub nu prea sinuos, un cordon epitelial, etc.

b) Prin *metoda reconstrucției grafice* sau plane, care constă în formarea unei imagini în relief prin unirea contururilor obiectelor microscopice dintr'o serie de desene succesive. Nici această metodă nu dă rezultate absolut satisfăcătoare, neputând fi întrebuințată cu bun rezultat decât numai în cazuri, când formațiunile considerate nu sunt prea complicate.

c) Prin *metoda reconstrucțiilor plastice cu plăci de ceară a lui Born,* care este metoda, am putea spune, ideală în materie de reconstrucții stereoscopice.

Voi arăta pe scurt în ce constă această metodă, pe care mi-am însușit-o în timpul când funcționam ca asistent al Fundației Rockefeller, la Institutul de Anatomie din Heidelberg, insistând mai ales asupra modului de confecționare a modelelor plastice la Institutul de Istologie al Facultății noastre.

Din secțiunile în *serii fără lacune,* desenăm în mod succesiv, la nivelul platinei microscopului, cu ajutorul aparatului de desenat cu oglindă a lui Abbè, pe hârtie care conține foarte puțin cleiu și nu are suprafețele netede, (hârtia de ziar de exemplu), făcând și copii cu hârtie de indigo, contururile mărite ale obiectelor microscopice ale căror model plastic voim să-l redăm. Desenele le numerotăm în ordine succesivă. Mărimea hârtiei o croim după dimensiunile pietrei litografice a aparatului de confecționat plăci. Se recomandă să se facă desene mai bine mai multe decât mai puține. Turnarea plăcilor se face cu ajutorul *mesei cu trei picioare a lui Berner,* (confecționată la Jung, Heidelberg), care constă *dintr'o piatră de litografie,* având pe două lături câte o pereche de bare metalice gradate, care lunecă una pe alta; *dintr'un dispozitiv cilindric de metal,* un fel de sucitoare sau *vălătuc* cu încălzire electrică și *dintr'un vas de metal pentru topit amestecul* format din 3 p. *ceară de albine* + 1. p. *parafină* + 1 lingură de *uleiu de Foenicia* (la 1 kg de amestec). Uleiul se adaogă, ca plăcile să devină mai elastice și deci mai puțin friabile. Cu ajutorul unui nivel așezăm masa, care are un picior ce se poate scurta sau lungi după trebuință, în poziție absolut orizontală. Ungem bine cu o pensulă lată, muiată în uleiu de terebentină, piatra litografică, pe care potrivim, netezind bine cu pensula, ca să nu rămână bule de aer, hârția cu desenele în jos. Turnăm apoi peste aceasta cu o lingură o cantitate potrivită din amestecul topit de ceară-parafină și ulei, pe care-l întindem într'un strat uniform cu ajutorul vălătucului încălzit, rulâudu-l, pe acesta, de câteva ori pe barele laterale gradate și ridicate peste nivelul pietrei. Se formează astfel, între fața inferioară a vălătucului și între suprafața pietrei, un spațiu, a cărui lărgime, putându-o modifica, după necesitate, cu cele două perechi de bare gradate, va determina *grosimea plăcii,* care *trebue să fie în proporțiune cu grosimea secțiunilor microscopice și cu puterea de mărire a sistemului optic întrebuințat la desenat.* Numai astfel vom putea obține un model în relief, nediformat și proporțional mărit al formațiunilor microscopice divizate într'un mare număr de secțiuni. Iată cum se face calculul: am întrebuințat, spre pildă, 100 de secțiuni în grosime de à 10 μ și le-am desenat mărindu-le de 100 de ori. In acest caz

---

[1)] Pentru confecționarea acestui instrument, conform intențiilor mele, precum și pentru modul de executare ireproșabil al lui, — „ieșind mai frumos decât din fabrică" — țin să-i mulțumesc călduros iscusitului mecanic-șef al Institutului de Igienă și Sănătate Publică, d-l Ursu Ion.

[2)] Toate metodele reconstructive răpesc mult timp și fiind obositoare și dificile trebuesc evitate în toate cazurile, când ne putem lipsi de ele, mulțumindu-ne cu alte mijloace mai simple, ca: injecțiuni, macerațiuni, coroziuni, etc.

Somniferul
cu efect sigur

chiar şi în doze mici
(1/2 tabletă), somn reconfortant şi o deşteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.
Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, Bucureşti

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabainã sensibilizează miocardul la digitalină permiţând acesteia din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = 1/10 mg. digitalină crist. + 2/10 mg. ouabainã crist. Doza mijlocie: 20 — 30 picături pe zi

Codex S. A. R, Calea Şerban Vodă 41, Bucureşti

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

Bucureşti V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

Preparate noi

AMBESID

Tablete şi fiole

Preparat sulfamidat

conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă

Fiole de 2 şi 5 cc. cu un conţinut de 10%

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, staftlococi, meningococi şi colibacili

---

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

subcutan **intravenos** **intramuscular**

În toate anemiile şi reconvalescenţă

FERCUPAR

tablete

(Fer, cupru, ficat şi Vitamină B.)

$10 \times 100 = 1000$; plăcile deci, vor trebui să aibă o grosime de 1000 $\mu = 1$ mm., iar modelul nostru 10 cm. în înălţime.

După ce am întins amestecul pe piatră cu vălătucul încălzit, aşteptăm să se solidifice puţin, apoi, cu un cuţit de lemn, desprindem marginile plăcii astfel formate, care are pe faţa ei inferioară aderentă hârtia cu desenele, o ridicăm repede ţinându-o de o extremitate şi o aşezăm la un loc răcoros, orizontal şi neted, în apropierea aparatului (pe ciment, de exemplu), acoperindu-o cu o greutate, tot în formă de placă (foaie de cauciuc, sticlă, etc.).

După câteva ore, după ce plăcile s'au răcit şi solidificat, procedăm la secţionarea organelor, urmărind conturul lor cu un cuţit subţire şi bine ascuţit. Intre diferitele organe sau formaţiuni, ca să păstrăm raportul dintre ele, menţinem şi „punţi" de legătură. Această operaţie fiind gata, începem reconstrucţia propriu zisă clădind şi potrivind, în ordinea succesiunii, organele tăiate din plăci şi solidarizate între ele prin punţile amintite, care, pe măsura ce avansăm cu clădirul, vor fi treptat eliminate. Pentru a împrumuta modelului o soliditate mai mare şi pentru a preveni oarecare diformări la căldură, introducem în organe, ici-colo, în anume locuri, plăci sau benzi de metal, sârme ş. a.

Modelul odată terminat, îi netezim feţele cu o spatulă încălzită; îl pulverizăm cu „Schellack" şi îl colorăm cu diferite colori de uleiu. *(Fig. 1.)*

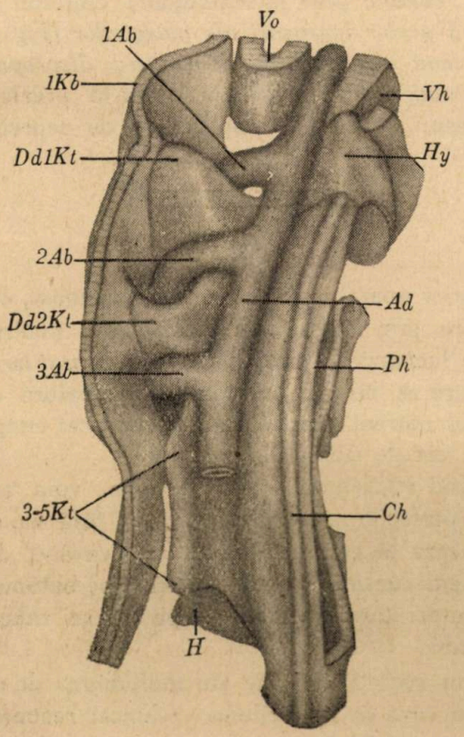


Fig. 1.

II.

Consideraţiuni critice

Când pătrundem cu un cuţit rece, fie el cât de ascuţit şi de delicat, într'o placă de ceară, *buzele secţiunii*, de o parte şi de alta, se îngroaşă şi *se ridică peste nivelul plăcii*, care, ştim că trebue să aibă o grosime bine determinată. Astfel *toate organele tăiate din plăci vor avea muchiile superioare ale marginilor ridicate* cu aproximativ 500 până la 1000 de μ şi chiar mai mult, după cum secţiunea a fost lineară, sinuoasă ori circulară şi după cum placa a fost mai subţire sau mai groasă. *(Fig. 2.)*

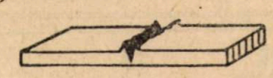


Fig. 2.

Din suprapunerea acestor organe *va rezulta un model diform şi neproporţional, mai înalt cu 5 până 10 cm.*, dacă l-am reconstituit din 100 de secţiuni, de exemplu, decât ar trebui să fie în realitate! Constructorii de modele, ca să prevină acest inconvenient, precum şi ca să nu facă adevărate „bătături" la cele trei degete, care ţin timp mai îndelungat mânerul cuţitului, încălzesc uşor, din moment în moment, vârful cuţitului la flacăra unui bec cu gaz ori a unei lămpi cu spirt. Acest procedeu prezintă însă trei inconveniente serioase: 1. prin încălzirea frecventă *pierdem foarte mult timp;* 2. prin lipsa de atenţie şi de posibilitate de control riscăm să *supraîncălzim cuţitul* şi ceara topindu-se, *buzele secţiunii se realipesc* numaidecât, neputând scoate organele din placă; 3. depăşind un anumit grad de încălzire, *vârful cuţitului,* extrem de delicat, devine foarte uşor incandescent şi *transformându-se în metal mort va fi inutilizabil.*

Mai ştim, că modelul, după ce am terminat cu clădirea lui, trebue prelucrat netezind asperităţile, umplând golurile, adâncind excavaţiile umplute, din greşală, cu picături de ceară topită etc. In acest scop ne servim de nişte instrumente de metal, netede, un fel de *spatule,* drepte, încurbate, late, cilindrice ori ascuţite, pe care le încălzim, de data aceasta, cu mai puţină băgare de seamă decât am încălzit cuţitul, dar totuşi nedepăşind o anumită limită. Incălzirea se face şi în acest caz intermitent, dar la intervale mai mari, pierzând şi cu această ocaziune destul de mult timp.

III.

Descrierea instrumentului şi modul de întrebuinţare

Pentru a elimina toate aceste inconveniente *am imaginat instrumentul cu încălzire electrică* din *figura 3,* aci alăturată, pe care, având în vedere multipla lui întrebuinţare în toate fazele de îndeletnicire survenite

în cursul confecţionării unui model plastic, devenind, am putea spune, un adevărat *instrument universal* în *reconstrucţie*, l-am numit *„Iunivrec“*.

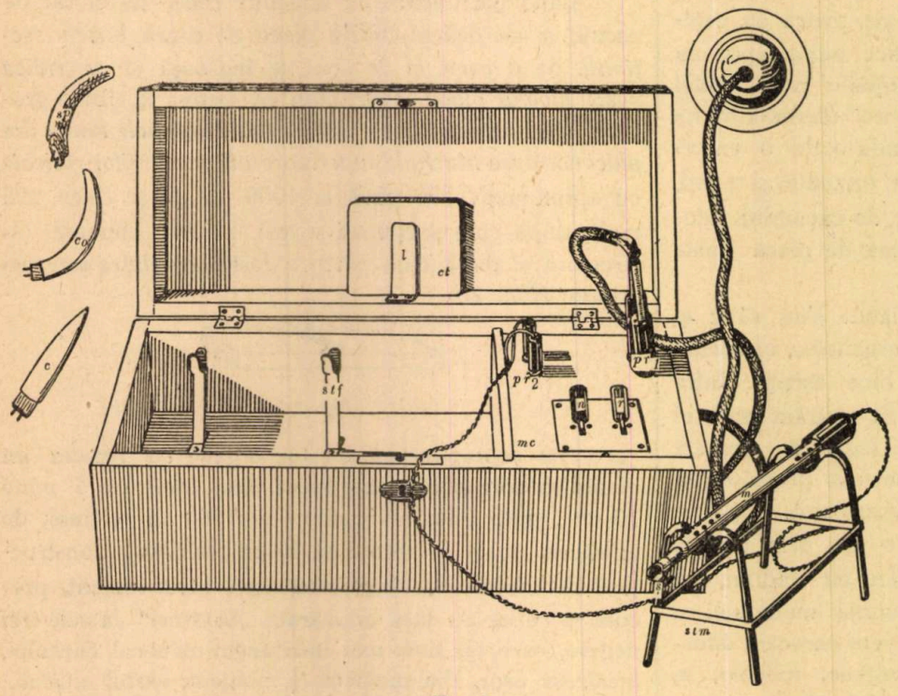


Fig. 3.

El este compus dintr'un *mâner (m)*, şi din trei părţi mobile adaptabile la mâner : un *cuţit (c)*, o *spatulă* lată încurbată *(sp)* şi dintr'un instrument cilindroid, ascuţit la vârf şi îndoit, cu aspect de *cornet (co)*.

Mânerul, manşon cilindric de metal nichelat, având o lungime de 12 cm. şi o grosime de 1 cm., este perforat de mai multe găuri, cu scopul de a facilita deperdiţia calorică. Prin extremitatea superioară, de ebonită, a lui pătrund două fire electrice, izolate prin şiraguri de mărgele, care, traversându-l în lungime, se termină la extremitatea inferioară deasupra unui şurub *(ş)*, într'un dispozitiv special, format din doi cilindri goi.

Cele trei părţi mobile, — cuţitul, spatula şi cornetul — sunt formate din oţel nichelat şi cuprind în interiorul lor, până la vârf, câte un mic „aparat de încălzit“, construit din sârmă extrem de fină răsucită pe suluri de mică izolatoare. Fiecare din aceste instrumente prezintă la extremitatea opusă vârfului câte doi cilindri plini, care se potrivesc exact în cei doi cilindri goi aflaţi în extremitatea liberă a mânerului.

Instrumentul „Iunivrec“ se aşează, în scurtele pauze din timpul lucrului, pe un stativ mobil *(stm)* confecţionat din sârmă nichelată.

Părţile constitutive ale iunivrecului se păstrează într'o cutie de lemn de nuc având dimensiunile de 57, 11½, 14 cm. Pe fundul cutiei se află fixat un stativ *(stf)* pentru mânerul iunivrecului, iar pe faţa internă a capacului o limbă de metal *(l)* fixează o mică cutie de tinichea *(ct)*, în care se păstrează cuţitul, spatula şi cornetul.

La o extremitate a cutiei, deasupra unui transformator în miniatură, se află o *„măsuţă de comandă“ (mc)* cuprinzând : *o priză (pr. 1)* pentru curent electric de 220 volţi ; o *altă priză (pr. 2)* pentru curent transformat, necesar aparatului, şi *două butoane*, unul *roşu (r)* cu ajutorul căruia se intercalează curentul de *15 volţi*, mai tare, pentru încălzirea spatulei ori a cornetului, şi altul *negru (n)* pentru curentul de *10 volţi*, mai slab, necesar la încălzirea cuţitului.

Aceste ştiute, nu avem decât să înşurubăm la extremitatea liberă a mânerului cuţitul, spatula sau cornetul, să intercalăm curentul de 10 ori de 15 volţi, ca să putem lucra în voie, *fără* nenumăratele *întreruperi*, pentru a încălzi instrumentele la flacără, *fără* pericolul de *a topi ceara* cu cuţitul supraîncălzit, *ori de a-l transforma pe acesta în metal mort, prevenind*, în acelaşi timp, şi *formarea bătăturilor la degete*, atât de neplăcute şi de dureroase, dar mai ales, şi acesta a fost scopul principal al meu, *evităm*, prin întrebuinţarea cuţitului electric, *formarea acelor îngroşări ale marginilor (Fig. 4), care duc în mod inevitabil la diformarea disproporţională a modelului plastic*, dacă nu se iau în prealabil anumite măsuri destul de complicate şi de neprecise.

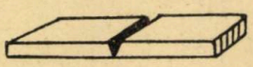


Fig. 4.

Acest aparat este susceptibil, recunosc, de o *perfecţionare*, prin aceea, că i s'ar adapta, pentru cazul când se lucrează cu cuţitul, un mic *aparat termoregulator*, care să menţie constantă temperatura cuţitului la gradul potrivit (pentru spatulă şi cornet temperatura poate fi cât de ridicată).

Când împrejurările vor permite, voiu aduce şi această perfecţionare, cu toate că, şi fără ea, aparatul funcţionează în condiţiuni perfecte, neavând decât să întrerupem curentul electric, apăsând pe butonul negru, când temperatura cuţitului începe să se ridice peste cea optimă.

Prin această invenţie am mulţumirea de a fi contribut cu ceva la perfecţionare tehnicei reconstrurtive, punând o pietricică în plus la temelia artei de a clădi modele plastice.

RESUMÉ

Nouveau instrument électrique d'utilité pratique à la confection des modèles réconstructives en plaque de cire

L'auteur décrit un instrument électrique, inventé par lui-même, constitué d'une manche *(m)* et de trois pièces séparées, qu'on peut adapter à la manche mentionée: un couteau *(c)* pour le sectionnement des organes dans les plaques, une spatule incurvée *(sp)* et un instrument cylindrique, pointu et incurvé en cornet *(co)*, dont on lisse les modèles terminés. Cet appareil étant un instrument d'usage universel dans le réconstruction plastique avec plaques de cire, d'après la méthode de Born, fut nommé „*lunivrec*" par l'inventeur. En vissant à l'extrémité libre de la manche le couteau, la spatule ou le cornet, il ne reste qu'à établir à l'aide du bouteau noir *(n)* le courent transformé de 10 volts pour le couteau, ou à l'aide du bouton rouge *(r)* le courent de 15 volts pour la spatule ou le cornet, pour pouvoir travailler en aise, *sans les innombrables interruptions* pour chauffer les instruments à la flamme, *sans* courrir le risque de faire *fondre la cire* par le couteau surchauffé, ou même *le transformer* par incandenscence *en métal inutilisable*, sans *s'abimer les doigts* en coupant au couteau froid, mais surtout, et ce fût le but principal de l'auteur, *on évite l'élévation des marges des coupures* (Fig. 4) *qui mène à la déformation du modèle*. L'inventeur promèt d'adapter à l'instrument, pour le cas q'on utilise le couteau, encore un appareil thermoregulateur.

(INSTITUTUL DE ISTOLOGIE ŞI EMBRIOLOGIE
FACULTATEA DE MEDICINĂ CLUJ-SIBIU)

ZUSAMMENFASSUNG

Ein neues elektrisches Instrument von praktischem Nutzen in der Plattenmodelliermethode

Verfasser beschreibt ein von ihm erfundenes elektrisches Instrument, bestehend aus einem gemeinsamen Griff *(m)* und aus 3 einzelnen zum Griff passenden Teilen: ein Messer *(c)* zum Ausschneiden der gezeichneten Organe aus dem Wachsplatten, ein gebogener Spatel *(sp)* und ein hornförmiges, zylindrisches und spitziges Instrument *(co)*, letztere zum glätten des vollendeten Modelles. Da dieses Instrument von *univ*erseller Benützung in den plastischen *Rek*onstruktionsmethoden nach Born, ist, wurde es vom Erfinder „*lunivrec*" genannt. Schraubt man an das freie Ende des Griffes das Messer, den Spatel oder das Hörnchen an, braucht man nur, mittels des schwarzen Schalters *(n)*, den transformierten 10 Volt Strom für das Messer, beziehungsweise mittels des roten Schalters *(r)*, den 15 Volt Strom für den Spatel oder für das Hörnchen einzustellen, um nach Belieben arbeiten zu können. Auf diese Weise *vermeidet* man die unzähligen *Unterbrechungen*, welche beim Erwärmen der Instrumente an der Flamme nötig sind, ferner die Gefahr *das Wachs mit überhitztem Messer zu schmelzen*, oder dieses *durch zu starke Erhitzung zu verderben*, gleichzeitig *beugt man der Schwielenbildung an den Fingern vor*, aber besonders, und dieses war der Hauptzweck des Verfassers, *vermeidet man die Bildung der Erhöhungen an den Rändern der Schnitte* (Fig. 4), welche *zur unproportionierten Verbildung des Modelles führen*. Erfinder verspricht an seinem Instrumente, für den Falle der Benützung des Messers, auch einen Wärmeregulierungsapparat anzubringen.

Limfosarcomul gastric cu metastaze generalizate

de

Dr. Petru Radu şi **Dr. Ioan Macavei**

In literatura medicală, se găsesc descrise cazuri de tumori sarcomatoase ale stomacului. Frecvenţa lor este însă redusă şi nici clasificarea clinică, nici cea anatomo-patologică nu a ajuns la o stabilitate.

In general din punct de vedere istologic, deosebim sarcomele cu celule rotunde, cu celule fuziforme, fibro-miosarcomele şi limfosarcomele. Anumile tumori de origine nervoasă (neurinoame, schwanoame, fibrogliome, neuro-fibrome, numiri succesive pentru una şi aceeaşi afecţiune), au fost confundate cu sarcomele, nu din punct de vedere istologic însă, ci macroscopic, căci aceste din urmă au de predilecţie o formă pediculată, când sunt localizate pe tractul digestiv imitând astfel sarcomele pediculate.

Sarcomele stomacului după localizarea lor le împărţim de obicei în trei grupe (după *Kadrnka* şi *Sierra)*, o a patra grupă independentă formând limfosarcomele: 1. Sarcom cu desvoltare extragastrică, 2. Sarcom cu desvoltare intragastrică, 3. Sarcom cu desvoltare intramurală, 4. Limfosarcomele.

In primele două grupe putem avea ca aspect macroscopic forme pediculate, sesile, cu o bază de implantare largă, etc., iar din punct de vedere istologic toate varietăţile, cu celule rotunde fuziforme sărac in celule — cu un ţesut mai mult fibrinos, având astfel diferite consistenţă.

Forma intramurală poate lua un caracter infiltrant, limitat mai mult la stomac sau extensiv, ducând repede la metastaze.

Nu vom insista asupra primelor 3 grupe, ceea ce ne interesează mai mult în studiul de faţă, fiind limfosarcomele.

Ribber, numeşte această afecţiune „limfoblastom" sau „limfocitom", *Schride*, „limfadenie aleucemică" sau

„pseudoleucemică", *Orth*, „limfomatoză aleucemică", iar *Ghon* şi *Roman*, „sarcom limfoid".

Fränkel, presupune o apropiere foarte mare între limfosarcom şi procesele leucemice.

Beitzke, crede că ar fi numai o deosebire de grad între leucemi şi limfosarcom.

Kundrat, susţine, că există o legătură strânsă între limfosarcom şi pseudoleucemii, prin faptul că se găsesc forme de trecere dela limfomele pseudo-leucemice la limfosarcome. Propagarea tumorii s'ar face dela nodulii limfatici, formaţiuni adenoide, sau foliculare pe căile limfatice şi numai accidental pe cale hematogenă, cu o rapiditate foarte mare, uneori nepăstrând niciun caracter al locului de origine, încât punctul de plecare nu poate fi depistat.

Era de mult cunoscut faptul că din orice porţiune a ţesutului limfatic pot pleca tumori primare, de asemenea erau cunoscute şi formele microscopice ale sarcomului banal, care forme după structura pe care o luau se numeau rotundo-celulare, fuzocelulare, etc.

In procesele iperplazice ale ţesutului limfoid la care se căuta o interpretare nu interesau aceste forme de sarcom, ci sarcomele zise limfoide, descendente ale parenchimului limfoid.

Un astfel de caz am avut ocazia să observăm în serviciul clinicei medicale I. din Cluj.

Obs.: Este vorba de un bolnav în vârstă de 26 ani, internat în clinică la 22 Ianuarie 1936.

In antecedentele eredocolaterale şi personale, niciun fapt important nu ne reţine atenţia.

Boala pentru care vine în clinică, datează de doi ani. A debutat insiduos, cu dureri localizate în epigastru şi în spate la nivelul coloanei vertebrale, care surveneau la 5—10 minute după alimantaţie, fiind însoţite de piroze, regurgitări acide şi eructaţii, care îi produceau un nod în dreptul stomacului, salivaţie abundentă, apoi vărsături acide şi alimentare, după care se simţea mai bine. Durerile erau mai accentuate în stânga liniei mediane. La acest nivel bolnavul a observat că îi apare cam la 1/2 an dela debutul boalei, o umflătură rezistentă şi sensibilă. Durerile surveneau mai adeseori ziua şi erau mai accentuate după alimentaţie cu carne, grăsimi şi acrituri. Alteori se prezentau şi noaptea după miezul nopţii. Ele iradiau sub rebordurile costale aşa încât bolnavul se simţea strâns ca într'un cleşte.

Aceste fenomene se prezentau zilnic, durând câteva săptămâni, pentru a fi întrerupte de perioade de acalmie de 2—4 săptămâni.

După un an şi jumătate de boală starea generală a bolvavului s'a agravat foarte mult, vărsăturile alimentare surveneau zilnic, chiar de mai multeori la zi, cu miros foarte fetid.

S'a decis să se interneze într'un spital, unde i s'a făcut operaţia la stomac. După operaţie s'a simţit bine timp de 4 luni. După acest interval au reapărut durerile şi vărsăturile — la început cu sânge, apoi bilioase, amestecate cu alimente, — cu miros fecaloid.

Bolnavul văzând că starea lui se înrăutăţeşte pe zi ce trece, se decide să intre în serviciul clinicei noastre.

In doi ani de când este bolnav a slăbit 26 kgr. Aceasta slăbire a fost mai pronunţată în ultimul timp. Este complet inapetent, având aversiune deosebită faţă de carne, pâine şi prăjituri.

La examenul obiectiv constatăm, că ne găsim în faţa unui bolnav foarte emaciat, cu ţesutul celulo-adipos şi muscular reduse, tegumentele palide.

Reflexele pupilare şi osteo-tendinoase se produc.

Din partea aparatului respirator şi cardio-vascular nu întâlnim modificări patologice.

Abdomenul mai escavat, în regiunea epigastrică prezintă o cicatrice liniară operatorie.

La palparea abdomenului, bolnavul acuză dureri în întreg epigastrul, iar în profunzime se simte o impastare difuză.

Ficatul şi splina nu sunt palpabile.

Examenul de laborator; Reacţia Wassermann negativă. Sucul gastric, pe nemâncate se extrag 80 ccm. de lichid socolatiu-fetid; acid chlorhidric liber 0, acciditatea totală 10 ccm. După dejun acid chlorhidric liber 0 şi acciditatea totală 8 ccm. Acid lactic pozitiv. Reacţie Henning intens pozitivă. Reacţia Gregersen în sucul gastric şi în scaun intens pozitivă. Gradul anemiei: hematii 3.500.000, hemoglobină 50% (Sahli). Valoarea globulară: 0,8.

Examenul radiologic, al tubului digestiv ne-a dat următoarele date: stomac mic, situat sus şi oblic, desenându-se numai tuberozitatea şi corpul stomacului. Ambele curburi au contur neregulat, sdrănţuit. Mucoasa prezintă aproape pe toată suprafaţa un aspect lacunar, insular. Antrul piloric şi bulbul duodenal nu pot fi puse în evidenţă. Evacuarea se face în porţiuni foarte mici. Pe marea tuberozitate pe partea externă se constată o comunicare între stomac şi intestinul subţire. Primele anse jejunale sunt situate sus în stânga, imediat sub stomac. După 7 ore, 1/4 a bariului în ileon, restul în colon, până în sigmă, aspect de colită. După 24 ore, rest de bariu în cec, ascendent şi descendent. Cea mai mare parte din bariu evacuat.

Interesându-ne la spitalul unde a fost operat cu 7 luni înainte, ni se comunică următorul diagnostic: ulcer carcinomatos al pilorului, degenerat, cu infiltraţia canceroasă a curburei mici, aproape în întregime cu metastaze peritoneală, pentru care i s'a făcut bolnavului o gastro-entero-stomie anterioară, antecolică, cu entero-anastomoză după Braun.

Internat în serviciul clinicei noastre, a 7-a zi prezintă o hematemeză puternică, vărsând aproape un kgr. de sânge roşu rutilant. Durerile epigastrice sunt foarte pronunţate, starea generală a bolnavului foarte rea. Se face o transfuzie de sânge, cu toate aceste starea lui se agravează însă mereu şi în scurtă vreme sucombă.

* * *

In rezumat în acest caz se constată, acuze din partea tubului digestiv şi a glandelor anexe. caracterizate prin dureri epigastrice, vărsături, la început alimentare, mai târziu bilioase, — cu un miros fecaloid, hematemeză, anorexie electivă faţă de carne şi prăjituri, astenie extremă, slăbire în forţa fizică şi scăderea în greutate 20 kgr.

In baza acestor date aşa dar ne găsim în faţa unui bolnav cu un trecut gastric, prezentând un *sindrom piloric malign.*

Având în vedere pe de o parte radioscopia, dar mai ales radiografia stomacului (unde mucoasa prezintă aproape pe toată suprafaţa un aspect lacunar insular), analizele de laborator (lipsa acidului chlorhidric liber, prezenţa acidului lactic şi a sângerării în sucul gastric), precum şi simptomatologia clinică, iar pe de altă parte intervenţia chirurgicală anterioară se

pune diagnosticul de *polipoză gastrică malignă cu metastaze.*

Cadavrul este trimis pentru necropsie cu acest diagnostic la Istitutul de Anatomie Patologică, de sub conducerea Profesorului Dr. T. Vasiliu.

Autopsie: Cadavru bărbătesc, de statură mijlocie, cu tegumentele şi mucoase foarte palide, ţesutul celulo adipos şi muscular extrem de reduse, ţesutul osos intact, ganglionii axilari şi inghinali palpabili.

Cutia craniană, meningele moale, luciu şi transparenţi, creerul prezintă o anemie apreciabilă.

Cutia toracică, pleura liberă, lucie şi transparentă, plămânul prezintă un uşor edem şi emfizem marginal. Ganglionii tracheobronşici sunt uşor măriţi, pulpoşi — cu suprafaţa de secţiune galben cenuşie.

Inima: este mărită. Prin transparenţa pericardului se observă o serie de noduli în peretele inimii. Deschizând inima pe suprafaţa de secţiune în miocard, se constată un număr relativ mare de noduli tumorali, de mărimi variabile. unii cât boabele de porumb, alţii mai uici perfect delimitaţi, moi la palpare, de coloare galben cenuşie, de pe suprafaţa cărora nu se rade nimic Miocardul în rest are o coloare galbenă, fiind uşor fragil la presiune. Leziuni ale endocardului şi ale vaselor mari nu se găsesc. Cavităţile inimii sunt uşor dilatate, având aspectul unor cavităţi reale.

Ficatul: uşor mărit, la secţiune suprafaţa de coloare galbenă, omogenă, cu desemnul lobular dispărut, iar parenchimul foarte friabil la presiune. Vesica biliară liberă, căile biliare permeabile.

Splina. are un aspect folicular.

Rinichii, sunt foarte mult măriţi, cântărind 280 gr. Capsula renală se detaşează cu uşurinţă. Pe suprafaţa de secţiune atât în corticală, cât şi în medulară se găsesc o serie de formaţiuni nodulare, bine delimitate, de mărimi variabile, dela un bob de mei până la o alună. Aceşti noduli sunt foarte numeroşi, au coloare albă gălbuie, moi la palpilare, între ei parenchinul normal fiind păstrat.

Capsulele suprarenale, sunt mult mărite. Pe suprafaţa de secţiune desemnul glandular este foarte şters, medulara groasă, 3 cm.), inlocuită fiind de un ţesut alb gălbui şi foarte fragil.

Tubul digestiv: *Stomacul.* Este foarte dilatat, ajungând până la creasta iliacă. Prezintă o gastro-entero-anastomoză pe partea superioară a tuberozităţii mari. Deschizând stomacul, se constată că este plin cu un lichid tulbure, uşor sanghinolent. Mucoasa gastrică prezintă 2 ulceraţiuni mai mari; una de aproximativ 4 cm. localizată pe tuberozitatea mare şi alta mai mică, cât o piesă de 2 lei, localizată pe mica curbură a stomacului. Inafară de acestea se mai găsesc o serie de alte ulceraţiuni, de dimensiuni mai mici. Forma lor este rotundă, cu marginile regulate, îngroşate, dure la palpare, iar fundul neregulat acoperit de masse necrotice sanghionelente.

Pe lângă aceste ulceraţiuni, pe mucoasă se mai constată câteva formaţiuni mici polipoase, unele din ele puţin mai mari, decât boabele de porumb şi o serie de îndoituri (plice) în apropierea pilorului. Aceste formaţiuni polipoase au o extremitate liberă în lumenul stomacului şi un pedicol ce se implantează pe mucoasa gastrică.

La palpare, peretele stomacal face impresia că este învălit într'un manşon dur, pe secţiune, peretele gastric este în întregime foarte mult îngroşat 1½—2 cm.), datorită unui ţesut infiltrativ, de culoare albă cenuşie, care cuprinde mai ales stratul submucos şi seros. Formaţiunile polipoase, marginile ulceraţiunilor şi plicele mucoasei, îşi datoresc structura lor aceluiaşi ţesut infiltrativ.

Duodenul: Mucoasa duodenului şi imediata apropiere a duodenului, mucoasa intestinală, pe distanţă de aproximativ un metru, prezintă bande, transversale, inelare, bine delimitate de mucoasa normală. Suprafaţa acestor bande este neregulată, mamelonată cu aspect cerebroid. Peretele duodenului şi a intestinului subţire pe aceasta distanţă este mult mai îngroşat (8—12 mm.) şi modificat complet — cu aspect pergamentos. Pe suprafaţa de secţiune a duodenului şi a intestinului, la nivelul bandelor, se distinge bine un strat gros deasupra musculaturei, iar mucoasa este subţiată. Aceste leziuni descresc pe măsură ce ne apropiem de sfârşitul distanţei de 1 metru de intestinul subţire, unde masa intestinală tumorală trece pe nesimţite în ansa intestinală cu o structură aproximativ normală.

Ganglionii mezenterici şi lombo-aortici, sunt foarte mult măriţi şi moi la palpare. Nu aderă între ei Suprafaţa de secţiune este omogenă de coloare albă-gălbuie.

Istologia: Secţiunile microscopice făcute în diversele locuri ale ulceraţiunilor stomacale, arată lipsa mucoasei şi submucoasei în aceste regiuni, locul cărora îl ocupă un ţesut fibrinoid cu foarte multe polinucleare care parţial pătrund şi în straturile musculare. In restul straturilor, precum şi în secţiunile făcute în peretele stomacal, unde nu sunt ulceraţii, se constată o infiltraţie bogată a corionului mucoasei, submucoasei -- de asemenea şi a straturilor musculare şi a seroasei, cu foarte numeroase celule, sensibil egale. Majoritatea celulelor au nucleu voluminos, rotund sau oval, intens colorat — cu protoplasma mai mult sau mai puţin bazofile, abundentă, care înconjoară nucleul în toate părţile. Alte celule au protoplasma mai mult sau mai puţin, dispuse semilunar în jurul nucleului (limfociţi—limfoblaşti). Intre aceste celule găsim forme atipice nişte celule mari cu nucleu rotund sau ovalar bogate în cromatine cu protoplasma slab acidofilă, ori slab bazofilă.

Celulele tumorale se găsesc dispuse în mod difuz în mucoasă, iar în musculară şi seroasă, fie în formula insulei compacte, fie că pătrund sub formula de lanţuri, printre fibrele musculare, disociindu-le sau chiar întrerupându-le. In massa tumorală pe alocurea se poate distinge relativ bine o stromă conjuctivă foarte fină, cu ochiuri largi şi foarte multe vase limfatice, mai puţine sanghine.

Celulele descrise mai sus, in unele cazuri înconjoară vasele în altele au o agresivitate foarte pronunţată, pătrunzând în lumen ridicând endoteliul sau chiar perforându-l. Relativ des se găsesc vase ale căror lumen este plin de celule neoplazice.

Aspectul microscopic al leziunilor din duoden, intestin, inimă, rinichi, suprarenale, ganglionii mezenterici şi lombo-aortici, este identic cu a leziunilor stomacale.

Diagnosticul isto-patologic, este de *limfosarcom gastric* cu metastaze duodenale, intestinale, inimă, rinichi, suprarenale, ganglionii mezenterici şi lombo-aortici. Splină foliculară, ficat degenerat toxic, uşor edem pulmonar şi emfizem marginal.

Un caz deci, unde avem realizată surpriza diagnosticului anatomo patologic.

Simptomatologia clinică, evoluţia boalei, ne îndrituiau să ne gândim la un proces malign, mai ales că avem înainte şi intervenţia chirurgicală, care stabilise diagnosticul de ulcer carcinomatos cu infiltraţia stomacului.

Diagnosticul, de fineţă însă, anatomo-patologic nu a putut fi stabilit decât după autopsie şi examen istopatologic.

Sunt cazuri, unul publicat de *Cain, P. Hillerand* şi *F. Mezart* (Arch. Mal, App. Digestif din 1934), unde chiar şi după autopsie s'a interpretat greşit diagnosticul. Au crezut că au de a face cu o peritonită închistată, complicată cu o supuraţie intrahepatică şi gastrică flegmonoasă. Micile puncte nodulare care răspândite pe suprafaţa mucoasei — au crezut că sunt mici abcese. Aşa că diagnosticul nu a fost stabilit, decât în urma examenului isto-patologic. Notăm că în cazul lor — ei au practicat o laparatomie exploratorie, găsind un ficat enorm, dur, neregulat, acoperit cu placarde albe fără zone de raolisment, bănuind un abces intrahetic.

Vedem deci că chestiunea diagnosticului în vivo, dar chiar şi post mortem — nu este aşa de uşoară.

Simptomatologie, foarte variabilă, ne indică de cele mai multeori prezenţa unui proces malign. Alteori este caracteristică. Extensiunea abdominală a tumorii Paliditatea, anemia, astenia, caşexia pronunţată, anorexia, electivă de cele mai multe ori faţă de carne, uneori subfebrilităţi, sunt semne generale care nu lipsesc în tumorile maligne. Inafară de aceste simptome locale gastrice, ca dureri epigastrice, uneori ritmate de alimentaţie, alteori dureri continuu, vărsături, — alimentare — bilioase, sau chiar sanghinolente ne amintesc de cele mai adeseori un ulcer sau un cancer. Când localizarea este pilorică, avem un sindrom piloric.

In ceea ce priveşte examinările de laborator nu sunt concludente. Acidul chlorhidric liber, cât şi acidul lactic în sucul gastric, în unele cazuri lipseşte, în altele este prezent.

Examenul radiologic nu în toate cazurile ne arată imagini anormale la nivelul stomacului. Alteori însă se observă imagini lacunare, formaţiuni polipoase, îngroşări ale plicelor mucoasei, stenoze pilorice, rigidităţi segmentare, etc. (Vezi *Kadrnka* şi *Sierra* op. cit.)

Diagnosticul clinic de limfosarcom nu se poate face, deoarece nu sunt criterii — pentru a face deosebire între tumorile aceste şi cele epiteliale. Chiar şi cel anatomo-patologic nu se poate face pe masa de autopsie, ci numai prin examen istologic.

Prognosticul acestei afecţiuni este grav, ducând în câteva luni la un sfârşit letal.

Tratamentul, este medical şi se rezumă la administrarea de calmante şi fizioterapie. Unii au încercat radioterapie, obţinând rezultate de scurtă durată. Singurul tratament care aduce servicii, ar fi cel chirurgical, prin extirparea tumorii, ori bolnavii vin totdeauna într'o fază prea avansată.

Concluziuni

In concluzie cazul observat de noi este a unui limfosarcom stomacal cu metastaze generalizate: duoden, intestin, inimă, glande suprarenale, rinichi, ganglionii mezenterici şi lombo-aortici. Aceasta boală este foarte rară şi evoluează din punct de vedere clinic sub aspectul sindromului canceros.

(CLINICA MEDICALĂ I DIN CLUJ-SIBIU)
(Director: Profesor Dr. Iuliu Haţieganu)

RESUMÉ

Lymphosarcome gastrique avec métastases généralisées

On décrit un malade de 26 ans qui a présenté un lymphosarcome de l'estomac avec métastases généralisées dans le duodénum, intestin, coeur, glandes surrénales, reins, ganglions mésenteriques et lombo-aortiques. Cette maladie est très rare et évolue au point de vue clinique sous l'aspect du syndrome cancereux.

ZUSAMMENFASSUNG

Lymphosarkom des Magens mit generalisierter Metastase

Es wird ein Kranker beschrieben im Alter von 26 Jahren, welcher ein Magen-Lymphosarkom mit generalisierter Metastase im Zwölffingerdarm, Darm, Herz, Nebennieren, Nieren, mesenterialen und lomboaortischen Drüsen aufweist. Diese Krankheit ist eine sehr seltene und entwickelt sich, dem klinischen Bilde nach, wie ein Krebssyndrom.

Amigdala linguală şi tusa cronică rebelă

de

Dr. St. Gârbea

Rolul pe care amigdala linguală îl joacă în patologia generală, are date destul de recente.

Aşezarea amigdalei linguale într'un loc mai puţin *vizibil,* între ramurile V-ului lingual şi epiglotă, a contribuit mult la neglijarea cunoaşterei mai de vreme a datelor anatomice, a structurei istologice şi a funcţiei fiziologice a acestei amigdale.

Suferinţele acestei a *2-a amigdale,* aşa cum a numit-o *Lewis,* se trădează la început printr'o simptomatologie mai discretă, fapt care face ca acest organ limfoid să fie neglijat în majoritatea cazurilor.

De altfel *Sebileau* spunea că lipsa de obişnuinţă de a inclina ceva mai mult oglinda laringeană pentru a examina baza limbii, scapă din vedere regiunea amigdalei linguale.

Warthon a fost primul care s'a ocupat de anatomia amigdalei linguale.

Kölliker, pe la mijlocul secolului trecut, a arătat că are aceeaşi structură ca şi amigdala palatină.

Ruault şi *Escat*, pe la începutul secolului nostru încep a se ocupa de patologia amigdalei linguale.

In 1935 *Laskievics* face un studiu detailat asupra afecţiunilor bazei limbii.

In ultimii 3 ani *Cambrelin* s'a ocupat mai intens cu diferitele stări patologice ale amigdalei linguale, concentrându-şi într'o monografie cercetările şi observaţiile personale asupra acestei amigdale.

Amigdala linguală, care se întinde dela V-ul lingual până la epiglotă şi lateral până la amigdale palatine, se hipertrofiază la o vârstă cu mult mai avansată decât restul inelului lui Waldeyer *(cam între 20 şi 40 de ani)*, aceasta fiind vârsta la care ea poate da diferite turburări patologice.

D-l profesor *Buzoianu* ne-a atras atenţia demult asupra patologiei amigdalei linguale, cu ocazia unor flegmoane a acestei amigdale, cari sunt relativ rare.

Inainte de a încerca să arătăm *rolul amigdalei linguale* în declanşarea tusei supraglotice sau extrarespiratorie, ţinem să descriem câteva observaţii mai de seamă din cazurile pe cari le-am tratat cu astfel de tusă chinuitoare şi al căror rezultat ne-a îndemnat să venim în faţa D-voastră cu această chestiune.

Obs. I. — In luna Septemvrie 1939 s'a prezentat la serviciul Clinicii bolnava L. K., în vârstă de 34 ani, din Câmpulung-Bucovina, cumnata unei colege, care se plânge de o tusă rebelă de 6 luni. Această tusă începuse în luna Mai a anului trecut, fără să i se poată preciza cauza.

Tusa este seacă, chinuitoare până la vomismente, şi e mai accentuată la căldură.

Se prezintă la serviciile Clinicei noastre, fără să i se găsească nimic pulmonar sau altă maladie internă, care să explice tusa. In tot timpul bolnava este afebrilă. I se prescriu o serie de calmante, fără niciun rezultat. Cum un copil al bolnavei suferea de *pertusis*, i s'a prescris şi mamei vaccinul pertusei, fără niciun efect.

Tusa considerată supraglotică, i se face un examen *O. R. L.*, la care se exclude tusa amigdaliană sau tusa nasală a lui Lermoyez. Sinusurile libere.

Examenul laringelui nu arată nimic deosebit.

Amigdala linguală însă apare hipertrofiată, cu muguri limfoizi cari se ridică până la marginea liberă a epiglotei.

Ne-am gândit că poate reflexul de tusă să-şi aibă originea aci la baza limbii şi am încercat reducerea volumului amigdalei linguale prin electrocoagulări repetate. I-am făcut 3 serii de electrocoagulare la intervale de câteva zile şi până la vindecarea plăgii de cauterizare; bolnava a mai avut accese de tuse aproximativ 10 zile.

Timpul de 7—8 luni care s'a scurs dela acest tratament bolnava n'a mai prezentat niciun acces de tusă.

Mulţumirile repetate pe cari le-am primit dela bolnavă ne-au încurajat pentru încercarea acestui tratament şi în alte cazuri.

Obs. II. — Bolnava C. M., în vârstă de 33 ani, din Făgăraş, prezenta o tusă cronică, uscată, fără expectoraţie, de mai multe luni.

Bolnava a fost purtată pe la toţi medicii de seamă fără să i se găsească nimic pulmonar, sau altă cauză internă, care să explice tusa.

Accesele de tusă se repetau f. des în decursul zilei şi cu ocazia oricărei emoţii, sau la căldură, mai ales în timpul nopţii, când bolnava era cuprinsă de accese de tusă ca şi în adevăratul astm bronşial, forţând-o să deschidă ferestrele, şi numai după răcirea camerei dispăreau accesele de tusă.

La examenul *O. R. L.:*

Bolnava prezintă o uşoară rinită hipertrofică cu voalarea sinusului maxilar drept. Puncţia de control rămâne însă negativă.

Lojile amigdaliene nu prezintă nimic deosebit. Laringoscopia indirectă arată imaginea laringelui normală.

Inclinând oglinda laringeană, apare regiunea bazei limbii cu amigdala lingual hipertrofiată, cu un aspect mai mult de *hipertrofie limfoidă.*

Am încercat şi în cazul acesta reducerea volumului amigdalei linguale prin şedinţe repetate de electrocoagulare, după care accesele de tusă au dispărut.

Timp de 9 luni bolnava s'a simţit perfect bine, după care tusa *a reapărut*, însă cu o intensitate mai redusă.

Cum bolnava era la distanţă de Cluj, a încercat câteva săptămâni toate medicaţiile calmante fără nici un efect.

Reveind la control, la un nou examen laringoscopic prezintă o hipertrofie vasculară a lobului drept al amigdalei linguale, unde i-am repetat electrocoagulările, după care bolnava s'a simţit din nou bine.

Cum hipertrofia era mai mult vasculară, radioterapia profundă ar fi mai indicată decât electrocoagularea.

Obs. III. — M. I., de 41 ani, funcţionar, Zălau, prezintă de mai mulţi ani o tusă seacă, care se accentua la cel mai mic efort, sau când bolnavul rămânea mai mult timp în *atmosfere încărcate*, sau când ingera alimente prea bogate în *condimente*. In ultimele luni accesele de tusă se repetau foarte des, o tusă sonoră

chinuitoare, însoţită de eforturi mari, până la cianozarea bolnavului, fără expectoraţie.

Toate examinările repetate pe la cei mai distinşi specialişti în boli pulmonare şi internişti, au rămas negative.

I s'au prescris toate specialităţile calmante, fără niciun rezultat.

Bolnavul a consultat mai mulţi specialişti otorino-laringologi, cari nu i-au găsit nicio cauză faringeană, care să explice tusa, *amigdalele palatinale fiind extirpate.*

Prezentându-se la serviciul Clinicii noastre la *începutul anului 1939,* i se constată la buco-faringoscopie lipsa amigdalelor palatine cari au fost operate în vederea acceselor de tusă.

La rinoscopie prezintă o *deviaţie accentuată a septului nasal la stânga,* cu insuficienţă respiratorie de partea stângă şi rinită cronică.

Corectarea deviaţiei septului nasal, vindecă rinita cronică, dar nu face să dispară accesele de tusă, ca o dovadă că nu era vorba de tusa nasală a lui Lermoyez.

Făcându-i-se laringoscopia indirectă, se constată o hipertrofie a lobului stâng al amigdalei linguale atingând marginea epiglotei, unde bolnavul acuza *o senzaţie de corp străin.* Se cauterizează acest lob în 3 şedinţe consecutive, la intervale de câteva zile, şi după 3 săptămâni dela ultima cauterizare bolnavul n'a mai prezentat niciun acces de tusă. Dela ultima şedinţă de electrocoagulare s'a scurs *un an* şi bolnavul se simte bine, nu mai are accese de tusă, nici sensaţie de corp străin la nivelul laringelui.

Obs. IV. — Bolnava S. V., în vârstă de 42 ani, din Petroşeni, sufere de multă vreme de accese de tusă, cari survin mai mult noaptea. Sensaţia permanentă de corp străin la nivelul laringelui devenea insuportabilă în accesele de tusă.

La examinările repetate nu s'au găsit decât simple calcifieri hilare, în rest nimic din punct de vedere intern.

La *examenul O. R. L.* apare în fosa nasală dreaptă o dâră de secreţie muco-purulentă care se scurgea pe coada cornetului mijlociu în faringe.

Puncţia în sinusul maxilar drept apare pozitivă. In urma acestei puncţii am bănuit că tusa ar fi de origine nasală. După 16 spălături sinuzita supurată s'a vindecat, tusa continuând să supere bolnava cu aceeaşi intensitate.

Acuzele repetate de corp străin la nivelul laringelui ne-au îndemnat să fim atenţi cu amigdala lingual㠠care era hipertrofiată la ambii lobi.

Am executat şi acestei bolnave 2 şedinţe de electrocoagulare extinsă pe suprafaţa amigdalei linguale şi la o săptămână după cedarea fenomenelor de reacţiune datorită cauterizării, a scăpat de accesele de tusă şi cari nu s'au mai repetat niciodată din toamna anului trecut.

Obs. V. — G. N., ofiţer din Cluj, de 35 ani, are o tusă cronică de ani în şir. De o statură impresionantă, nu prezenta nimic din punct de vedere medical intern sau pulmonar.

La *examenul O. R. L.:*

Fosele nasale libere. Prezenta însă o amigdalită cronică hipertrofică, pe seama căreia am pus accesele de tusa, care supărau anturajul prin frecvenţa şi sonoritatea lor. Laringean nimic deosebit.

I se face *amigdalectomia* bilaterală şi *la 3 săptămâni* dela operaţie când vindecarea e definitivă, accesele de tusă persistau.

I se face controlul amigdalei linguale care este hipertrofiată.

I se fac *4 şedinţe de electrocoagulare* a amigdalei linguale, după care accesele de tusă se răresc treptat până la dispariţia completă. Bolnavul văzut *după 4 luni,* amigdala lingual㠠redusă de volum cu lipsa oricărui acces de tusă în acest interval.

*

Cazurile de mai sus demonstrează că hipertrofia simplă a amigdalei linguale atunci când atinge marginea liberă a epiglotei poate da naştere unui reflex de tusă cronică. Accesele de tusă apar *când survine vreo cauză care congestionează amigdala lingual㠠hipertrofiată.*

Hipertrofia aceasta apare aproximativ între 20—40 ani, mai ales la sexul femenin, aşa cum s'au prezentat şi cazurile noastre.

La toate cazurile accesele de tusă apăreau mai ales în urma unor cauze care produceau *congestia amigdalei linguale,* ca efortul de orice fel, *emoţiile, compresele calde* în jurul gâtului de asemenea accentuau tusa. După declaraţiile bolnavelor, *căldura patului* noaptea producea accesele de tusă, cari, prin repetiţia lor, aduceau uneori neînţelegeri conjugale...

Toate felurile de *condimente* iritante produceau accesele de tusă cu ocazia masticaţiei sau deglutiţiei.

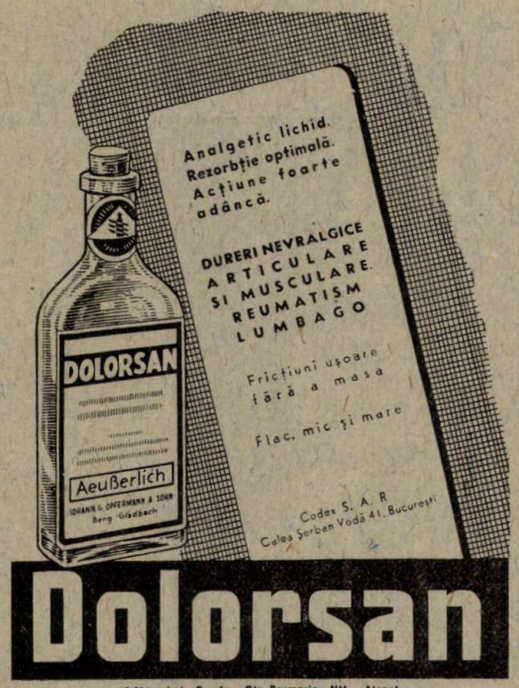
Efortul vocal de lungă durată de asemenea producea o tusă continuă.

Aceste iritaţii asupra amigdalei linguale hipertrofiate, s'ar putea explica prin *vascularizaţia abundentă* a acestei amigdale care primeşte arterele din artera lingual㠠profundă sau ranina, care e o arteră groasă. Venele bazei limbii, cari fac parte din corpul amigdalei linguale, sunt foarte desvoltate.

După *Rouvier, aci se pot produce turgescenţe vasculare, asemănătoare corpilor erectili.*

Spre deosebire de amigdala palatină, amigdala lingual㠠posedă canale limfatice aferente, îndeplinind prin aceasta o funcţiune de filtru ca ganglionii limfatici.

Sunt interesante *hemoragiile vicariante* cari se produc în timpul menstruaţiei, în timpul căreia amigdala lingual㠠la unele cazuri se tumefiază şi devine



Dolorsan

0,81% Iod. Camfor. Ol. Rosmarin. NH_3. Alcool

GRIPĂ
RĂCEALĂ
GUTURAI
CATAR

Laryngsan

4,52% Iod. Camfor. Ol. Menth. pip., NH_3 Natr. coff. benz., Alcool

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malț

Gust foarte plăcut. Îl iau cu plăcere și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficace produse germane —

REPREZENTANT:

Farmacia G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee; se vor înghiți nemestecate.

KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, **București III.**

turgescentă. Chiar se presupune că există o *interdependenţă humorală între amigdala lingual ă şi organele sexuale ale femeii* şi că hormonii sexuali influenţează amigdala lingual ă. Poate să fie şi o reciprocitate ca amigdala lingual ă să dispună de substanţe cari să influenţeze glandele sexuale.

Cauzele cari produc hipertrofia acestei a 4-a amigdale sunt multiple. Aşezarea ei la răspântia aerodigestivă cu existenţa criptelor accesibile tuturor infecţiilor de origine aeriană sau alimentară, traumatismele variate, sunt tot atâtea cauze cari contribuesc la hipertrofia acestei amigdale.

Această hipertrofie este de două feluri, o hipertrofie cu hiperplasia ţesutului *limfoid* pe care o întâlnim în urma *infecţiilor repetate ale amigdalei palatine,* cari se transmit şi la amigdala lingual ă.

Amigdala lingual ă ia parte la toate suferinţele organelor hematopoetice, hipertrofiindu-se în toate *discraziile sanghine.*

Ablaţia prematură a amigdalelor palatine produce o hipertrofie a amigdalei linguale ca o compensaţie pentru lipsa ţesutului limfoid.

Al doilea fel de hipertrofie e cea *vasculară* când venele dilatate şi glandele mucoase se măresc proporţional cu reducerea ţesutului limfoid. O întâlnim în *hiperaciditățile gastrice* şi în general la toţi *dispepticii,* la cântăreţi, oratori şi la cei cari strigă.

Cele mai dese cazuri însă cu acest fel de hipertrofie sunt *femeile în perioda menstruală,* la pubertate şi la menopauză.

Simptomele hipertrofiei sunt în general discrete : sensaţie de corp străin în permanenţă sau numai la deglutiţie (miez de pâine, os, păr, etc.), o sensaţie de presiune, de jenă la deglutiţie.

Al doilea semn important al hipertrofiei este *tusa.* Alte simptome neconstante ar mai fi : *durerea,* imprecisă, localizată mai mult la nivelul marelui corn al osului hioid.

O stare nevropatică, cu sensaţie de *nod isteric* după *Lewis,* când bolnavul se plânge de prezenţa unui nod în faringe şi face eforturi repetate şi zadarnice pentru a-l expulza.

Intâlnim la aceşti bolnavi *aerofagie produsă* în urma deglutiţiei numeroase pentru a ingera corpul străin fictiv, apoi tenesmul faringian datorit excitaţiei glosofaringeanului.

Mai prezintă *turburările de fonaţie la oratori* şi la cântăreţi (soprani şi tenori). Amigdala lingual ă hipertrofiată apasă pe epiglotă şi împiedecă mişcările de ridicare şi coborâre ale acesteia.

In cazul hipertrofiei, mai ales limfoide, când bolnavul pronunţă vocala „*e*" cu ocazia laringoscopiei, laringele se ridică în sus, fără ca epiglota să se îndepărteze de baza limbii, cum se îndepărtează la cazurile cari nu prezintă amigdala lingual ă hipertrofiată. *Valeculele* cu frenul gloso-epiglotic sunt acoperite de muguri limfoizi, cari se ridică uneori peste marginea liberă a epiglotei.

Tusa cronică, un semn constant al hipertrofiei, este seacă, *sonoră,* fără expectoraţie şi prezintă toate gradele până la laringospasm, fiind rebelă la orice tratament *antispasmodic.* In eforturile de tusă *pot plesni diferite vene* dilatate mai ales în timpul congestiilor menstruale la tinere, în timpul pubertăţii, producându-se hemoragie mai ales în amigdalita varicoasă ce se poate confunda cu hemoptiziile şi numai examenul cu oglinda laringeană descopere hemoragia pe suprafaţa amigdalei linguale.

Tusea, acest act reflex, este deslănţuit de *excitaţia periferică produsă prin frecarea continuă a amigdalei linguale mărită ca volum asupra epiglotei.*

Această *excitaţie periferică* este culeasă de firişoarele nervoase sensitive pe care *laringeul superior,* ramură din vag, le trimite la porţiunea cu totul posterioară a mucoasei linguale, adică aceea care se învecinează cu epiglota şi plicele gloso-epiglotice. De aci prin intermediul laringelui superior apoi vag, excitaţia perifreică ajunge la centrii bulbari, de unde prin căile centrifuge este transmisă la *muşchii expiratori.*

Excitaţia periferică uneori poate fi culeasă şi de ramurile *gloso-faringeanului,* cari se termină la porţiunea mucoasei linguale situată imediat înapoia V-ului lingual.

De altfel nu numai vagul culege *excitaţiile periferice* cari produc tusa, ci şi *gloso-faringeanul* şi *trigemenul* care dă tusa extrarespiratorie sau supraglotică.

Totuşi adevăratele regiuni *tusigene* sunt regiunea interaritenoidiană şi pintenele *tracheal,* inervate tot de vag.

Tratamentul hipertrofiei amigdalei linguale trebue să urmărească reducerea volumului acestei amigdale prin diferite mijloace.

S'au întrebuinţat la început substanţe caustice, clorură de zinc nitratul de argint 5%—10%, acidul lactic, acidul cromic etc.

Ablaţia cu *bisturiul,* cureta sau foarfecele curb e dificilă ; uneori se pot produce hemoragii prin deschiderea venelor dilatate.

Cel mai bun mijloc pentru reducerea volumului amigdalei linguale este astăzi *diatermo-coagularea,* pe care am întrebuinţat-o şi noi la toate cazurile.

Se anesteziază baza limbii cu *cocaină sol. 5—10%,* apoi un pol se fixează de antibraţ şi la celalalt pol se ataşează un ac incurbat, cu cari se produc coagulări pe suprafaţa amigdalei linguale *sub controlul oglinzii laringeene.* Un număr de 4—6 şedinţe dau rezultate excelente.

Când hipertrofia revine după câtva timp, cum a fost cazul nostru al 2-lea, şi mai ales în formele de hipertrofie vasculară, *radioterapia profundă* dă rezultate definitive.

Concluzia practică care trebue să o reţinem din expunerea cazurilor de mai sus, e că ori de câte ori se prezintă un bolnav cu o tusă cronică extra-respiratorie sau supraglotică la care *nu găsim o cauză nasală sau faringeană,* care să explice tusa, e bine să ne gândim şi la hipertrofia amigdalei linguale.

Această hipertrofie ascunsă, nebănuită la timp, face ca bolnavii, chinuiţi, atât ei, cât şi anturajul de tusa cronică, să alerge mereu la diferite servicii de boli interne sau pulmonare, unde cu toate antispasmodicele primite, nu li se suprimă tusa.

Medicul oto-rino-laringolog după ce înlătură o eventuală cauză nasală sau faringeană şi nu dispare tusa, e bine să-şi îndrepte atenţia spre amigdala linguală.

Deşi cazurile cu tusă cronică supraglotică sunt în general rare, totuşi, cum se aminteşte de tusa nasală a lui Lermoyez, sau tusa amigdalei palatine, se poate vorbi şi de *„tusa amigdalei linguale".*

(CLINICA OTO-RINO-LARINGOLOGICĂ
Director: Prof. G. Buzoianu)

RESUMÉ

L'amygdale linguale et la toux chronique rebelle

L'auteur nous decrit plusieurs cas de malades de toux chronique, qui avaient frequenté a la longue toutes sortes de services de maladies internes, de poumons ou d'oto-rhino-laringologie, sans qu'on ait pu leur découvrir la cause de leur toux, dont ils ne parvenaient pas a se débarrasser malgré l'infinité d'antispasmiques qu'ils avaient reçus.

L'auteur a constaté a tous ces cas une hypertrophie lymphoide de l'amygdale linguale, la quelle par son hypertrophie et en contact avec l'épiglotte pouvait donner naissance a une toux reflèxe extrarespiratoire.

Ayant suivi plusieurs séances de diatermo-coagulation qui leur a réduit le volume de l'amygdale linguale, tous ces malades de toux chronique ont échappé a leur maladie qui les a fait beaucoup souffrir.

Par conséquence le médecin oto-rhino-laryngoloque quand il a constaté que la toux ne provient pas ni du nez ni du pharynx, il doit diriger toute son attention sur l'amygdale linguale.

ZUSAMMENFASSUNG

Zungen-Mandeln und chronisch-rebellischer Husten

Der Verfasser beschreibt mehrere Fälle von chronischem Husten, die längere Zeit hindurch in verschiedenen Heilanstalten, wie Innere-Lungen, Nasen-Ohren-Rachen-Abteilungen behandelt wurden, ohne dass die Ursache des Hustens gefunden werden konnte und die trotz verschiedener antispasmodischer Mittel vom Husten weiter gequält wurden.

Der Verfasser hat bei all diesen Fällen eine Hypertrophie, mehr lymfhoider Art- der Zungenmandel festgestellt, welche durch ihre Hypertrophie und ihre Verbindung mit der Epiglotis einen Reflex-Husten hervorgerufen hat.

Mit Hilfe wiederholter Behandlung durch Elektrokoagulation wurde das Volumen der Zungenmandel verkleinert un die Hustenden wurden von ihrem Leiden, das sie so lange belästigt hatte, befreit.

Infolgedessen muss der Nasen-Ohren-und Rachen-Spezialist, wenn er konstatiert hat, dass der Husten nicht durch eine Nasen- oder Pharynxerkrankung verursacht ist, seine Aufmerksamkeit der Zungenmandel zuwenden.

Febra tifoidă şi sarcina

de

Conf. **Dr. Ion Gavrilă**

Sarcina complicată cu febră tifoidă reprezintă o asociaţie extrem de gravă, pentrucă în astfel de împrejurări în 2/3 a cazurilor se produce avort sau naştere prematură. Dintre toate bolile infecţioase febra tifoidă este aceea care produce mai des întreruperea spontană a sarcinei.

In ultimii 6 ani (1935—1940) am avut ocaziunea să observăm în Spitalul Epidemic din Cluj 5 cazuri de febră tifoidă, evoluate la femei gravide. Iată rezumatul acestor observaţiuni:

Obs. I. Femeie de 28 ani, gravidă luna III-a, face o febră tifoidă de gravitate mijlocie, cu temperatură 38,5—40°, perioada febrilă durează 25 de zile. In ziua 12 dela începutul perioadei febrile se produce un avort spontan, care este completat de către ginecolog. Mama vindecată.

Obs. II. Femeie de 22 de ani, gravidă luna II-a se îmbolnăveşte de o febră tifoidă cu evoluţie gravă, temperatură 39—40,5°, durata perioadei febrile este de 35 de zile. In a 16-a zi de boală bolnava avortează în mod spontan, specialistul ginecolog completează avortul, Mama vindecată.

Obs. III. Femeie de 34 de ani, gravidă în luna a 7-a, face o febră tifoidă de gravitate mijlocie, tem-

peratură 38,5—39,5°, durata perioadei febrile este de 28 de zile. In ziua 9-a de boală se produce o naştere prematură, fătul fiind expuzat mort. Mama s'a vindecat.

Obs. IV. Femeie de 21 de ani, gravidă în luna a III-a, face o febră tifoidă uşoară, temperatură 38-39°, perioada febrilă durează 21 de zile. In a 5-a zi după scăderea temperaturei, în convalescenţă, se produce un avort spontan, care este completat de către specialistul ginecolog. Mama s'a vindecat.

Obs. V. Femeie de 27 de ani, gravidă în luna a IV-a, face o febră tifoidă mijlocie, temperatură 38,5-40°, perioada febrilă durează 28 de zile Sarcina s'a menţinut bine, mama părăseşte serviciul vindecată.

Deci din 5 cazuri de febră tifoidă, observate la femei gravide, în 4 s'a produs avort sau naştere prematură, numai într'un caz sarcina s'a păstrat şi a evoluat în mod normal mai departe.

In producerea avortului în astfel de împrejurări s'a atribuit un rol important gravităţii infecţiei tifice, fapte ce nu sunt confirmate de observaţiile tuturor autorilor. Astfel *Siredey* constată avorturi în formele cele mai uşoare de febră tifoidă, după cum câteodată sarcina se păstrează în formele grave ale boalei. Tot aşa în una din observaţiile noastre este vorba de o febră tifoidă uşoară şi totuşi s'a produs avortul. Deci întreruperea sarcinei se poate produce în orice formă de febră tifoidă indiferent de gravitate.

In mod clasic se spune că avortul este mai des în cazurile, unde sarcina este mai avansată şi mai puţin frecvent, când sarcina este mai la începutul ei. Aceste constatări clasice nu mai constituesc astăzi regule absolute, întrucât avortul se poate constata la orice vârstă a sarcinei. In cazurile noastre întreruperea s'a produs în luna II-a, III-a, VII-a, III-a a sarcinei.

In ce priveşte faza febrei tifoide, când se produce mai des întreruperea sarcinei, în mod clasic se admite că aceasta se face mai frecvent în primele două săptămâni ale boalei (Cazeaux), ceea ce observaţiunile de azi nu mai confirmă, avortul observându-se în orice perioadă a boalei, chiar şi în timpul convalescenţei. In cazurile noastre întreruperea s'a produs în următoarele zile de boală: într'un caz în a 12-a zi de temperatură, în altul în a 16-a zi, în altul în a 9-a zi de temperatură, în altul a 5-a zi de convalescenţă, de afebrilitate.

Prognosticul fătului este totdeauna extrem de sever, el fiind expulzat mort aproape în mod constant, chiar când sarcina este în a 8—9-a lună Foarte rar se întâmplă că în a 8—9-a lună să nască un făt viu şi viabil. Din datele diferiţilor autori se constată că viabilitatea fătului este cu atât mai posibilă, cu cât expulzarea lui s'ar face mai la începutul bolii.

In ce priveşte patogenia morţii fătului vechii autori susţin că ea este datorită ipertermiei, la 41° temperatură fătul ar muri imediat la 39—40° ar muri după o persistenţă mai îndelungată a temperaturii. Insă autorii mai recenţi (Widal, Marfan, Eberth, etc.) cred că în această moarte joacă un rol important şi septicemia tifică, care interesează şi fătul.

In ce priveşte prognosticul mamei, acesta în regulă generală este bun. Mama de obiceiu se vindecă, cel puţin întreruperea sarcinei nu deranjează evoluţia ulterioară a bolii. Observaţiunile noastre toate s'au vindecat. Gravitatea febrei tifoide este aceaşi la femeile gravide, ca şi la cele negravide, boala nu prezintă o evoluţie clinică specială în aceste împrejurări, ea poate fi uşoară, mijlocie sau gravă.

In rezumat dintre bolile infecţioase febra tifoidă este cea care produce întreruperea sarcinei mai des, cel puţin 2 din 3 cazuri se termină prin avort, fătul deobiceiu este expulzat mort, chiar şi când sarcina este la sfârşit, mama de obiceiu se vindecă, febra tifoidă evoluiază în aceleaşi condiţiuni de gravitate la gravide, ca şi la negravide.

SPITALUL EPIDEMIC DIN CLUJ
Medic primar: Conf. Dr. I. Gavrilă

RÉSUMÉ

La fièvre typhoïde et la grossesse

La grossesse et la fièvre typhoïde représentent une association extrêmement grave, parceque dans ces condition il se produit l'avortement ou l'accouchement prématuré dans une proportion considérable.

L'auteur relate 5 observations personnelles avec fièvre typhoïde et gravidité dont en 4 cas il s'est produit un avortement ou accouchement prématuré; dans un seul cas la grossesse s'est maintenue et a évolué normalement après la guérison de la fièvre typhoïde.

Le pronostic de la mère est généralement bon, dans tous ces cas la mère a guéri.

ZUSAMMENFASSUNG

Typhus und Schwangerschaft

Schwangerschaft und Typhus stellen eine äusserst gefährliche Verbindung dar, weil unter diesen Umständen in 75% der Fälle entweder Abort oder Frühgeburt hervorgerufen wird.

Der Verfasser berichtet über seine persönlichen Beobachtungen in fünf Fällen von Typhus in Verbindung mit Schwangerschaft. In 4 von diesen Fällen trat Fehlgeburt oder Frühgeburt ein und nur in einem Falle konnte die Schwangerschaft erhalten werden, welche sich nach Heilung des Typhus normal weiter entwickelte.

Die Prognose der Mutter ist im allgemeinen gut, in allen gegenwärtigen Fällen wurde die Mutter gesund.

Probleme terapeutice

Tratamentul cu Pilocarpină în bolile pulmonare

de

Prof. V. Papilian, Medic Lt. Colonel Dr. I. Ursu, Medic Maior Dr. N. Mihail şi Dr. Fl. Antonescu-Maxilu

Introducerea pilocarpinei în tratamentul bolilor pulmonare în felul cum va fi descris mai jos, vine parţial în contradicţie cu datele clasice ale Anatomiei şi Fiziologiei pulmonare.

Intr'adevăr se admite în mod clasic că, din cele trei elemente constitutive ale plămânului (vascular, muscular şi secretor) simpaticul inervează vasele, iar parasimpaticul musculatura şi glandele bronchice. Cu alte cuvinte excitaţia vagului prin pilocarpină ar produce contracţiunea muşchilor bronchici şi mărirea secreţiei bronchice.

Aceste date le găsim formulate şi în tratatul lui Gotlieb şi Mayer.

„Auch die Sekretion aller anderen wahren Drüsen ist gesteigert, so die der Tränendrüsen, der Bronchial und Trachealdrüsen".

Concepţia noastră a plecat dela experienţele unuia dintre noi, [1]) care a arătat că sistemul vegetativ are o mare influenţă în favorizarea sau inhibarea proceselor infecţioase.

Aceste cercetări verificate prin determinarea indicelui opsonic şi a puterei bacteriolitice a serului, au pus în valoare puterea de apărare împotriva infecţiunilor a parasimpaticului, faţă de puterea de favorizare a infecţiunilor a simpaticului.

Acesta a fost primul considerent.

Substanţa farmacodinamică în stare să acţioneze asupra florei microbiene, a fost în experienţele noastre pilocarpina.

Un alt punct conceptual a fost cel local.

Dintre cele trei elemente constitutive ale plămânului asupra cărora putem acţiona direct, noi am ales elementul muscular. In cele mai multe afecţiuni pulmonare (cu excepţia celor de tip astmatic), se face o pareză a musculaturii bronchice care se întinde până pe canalele alveolare. Ori, asupra musculaturii bronchice se poate acţiona în mod foarte eficace prin intermediul pilocarpinei.

In tratamentul bolilor plămânului trebue să se aibă în vedere şi ridicarea tonicităţii organului.

Momentul mecanic (prin tonifierea musculaturii bronchice) credem că depăşeşte cu mult în tratamentul bolilor pulmonare pe cel vascular şi secretor.

Mai întâi o remarcă. Inervaţia vaselor pulmonare nu este bine cunoscută. Se admite în mod clasic că vasoconstrictorii plămânului pornesc din simpatic (3-6 neuron dorsal, cu sinapsa în ganglionul stelat).

Dar cine are experienţa de laborator suficientă asupra acţiunei pilocarpinei, ştie că o injecţie de pilocarpină la câine, produce o scădere a presiunei de foarte scurtă durată, urmată de o ridicare care ajunge la nivelul iniţial sau chiar îl depăşeşte. Dar indiferent de aceste considerente de laborator, examenul radioscopic ne-a pus în evidenţă un fapt asupra căruia trebue să insistăm în mod special. După o injecţie de pilocarpină se produce la bolnavul examinat o clarificare a câmpului pulmonar, care nu poate fi datorită decât unei vasoconstricţiuni. Această vasoconstricţiune e produsă, după părerea noastră sau în chip mecanic prin contracţiunea muşchilor peribronchici şi perialveolari sau printr'o acţiune contrarie adrenalinei, care nu contractă vasele pulmonare şi analogă acetil-cholinei, care dimpotrivă le contractă (Tinel).

Pilocarpina acţionează de bună seamă şi asupra secreţiunei bronchice, dar o face mai difluentă, mai subţire, în timp ce contracţiunea muşchilor tinde a o elimina.

Intemeiaţi pe aceste consideraţiuni, am aplicat tratamentul cu pilocarpină mai întâi la acea afecţiune care intra mai ales în cadrul concepţiei noastre: bronşiectazia şi în rândul al doilea la tuberculoza pulmonară.

Vom expune pe scurt observaţia bolnavilor noştri şi după aceea vom trece la examenul critic al acestor cazuri.

D. C. 26 ani. Antecedente heredocolaterale şi personale fără importanţă. *Istoricul boalei actuale.* Bolnav de 4 ani. Debut insidios. Simptome subiective: slăbirea forţelor, tuse seacă, acuză dureri la baza dreaptă cu iradieri în spate; dispnee la efort. Simptome obiective: ipersonoritate, raluri sibilante şi ronflante pe tot câmpul pulmonar. Raluri umede subclavicular stâng şi baza dreaptă, cu expiraţia prelungită. Diagnostic: *Bronşiectazie. Examenul radiologic:* Desemn hilar perihilar cu desemn peribronchovascular mult accentuat mai ales la baza dreaptă. Bac. Koch în spută, negativ.

Se institue tratament cu pilocarpină (sol. sterilă 1% 1 cc injecţie subcutanat). La 8 minute după injecţie apar fenomenele specifice administrării pilocarpinei. (Valuri de căldură, sialoree, uşoară senzaţie de greaţă, transpiraţie, senzaţie de deglutiţie), fenomene care dispar după 15 minute

Examenul radiologic la 15 minute după injecţie: o clarificare accentuată a câmpului pulmonar, în care arborele bronchic este bine desemnat, traectul bronchilor mai rectilin, aproape de normal.

La 7 ore: aceiaşi imagine ca la 15 minute după injecţie.

După 24 ore: imaginea radioscopică devine mai puţin precisă, iar câmpul dintre traveele bronşice rămâne totuşi mai clar. După 4 injecţii traveele bronşice rămân bine conturate într'un câmp pulmonar clarificat.

[1]) V. Papilian: Das sympatische System und die Staphylokoken-infection. Central. Bl. für Allg. Path. Bd. 36. 1925

Simptomatic bolnavul se simte bine, are poftă de mâncare dispneea a dispărut aproape complet la eforturi, starea generală bună.

După a 10-a injecţie, se clarifică complet câmpul pulmonar, iar traveele bronşice, sunt fin desemnate.

Bolnavul părăseşte spitalul cu simptomele subiective şi obiective aproape complet dispărute.

I. C. 23 ani. Antecedente heredocolaterale şi personale fără importanţă. *Istoricul boalei.* Boala actuală datează de 10 luni când în urma unei stări gripale a început să tuşească, să expectoreze abundent, transpiraţii nocturne şi scădere în greutate. Cu aceste simptome se internează în spital unde primeşte un concediu de 3 luni. Intre timp intră în spitalul din R.-Vâlcea. Revine din nou în spitalul nostru, simţindu-se tot mai rău.

Pulmonar uşoară submatitate intercleido-hilară dreaptă cu raluri de bronşită în ambii câmpi pulmonari, subfebrilitate. O tuse chinuitoare dispneică cu expectoraţie muco-purulentă foarte abundentă şi uşor fetidă. Bac. Koch în spută, negativ.

Examenul radiologic: In regiunea infrahilară dreaptă, o voalare cât o palmă de copil cu umbre nodulare, delimitând o imagine inelară de mărimea unei nuci, situată într'un desemn peribronchovascular. Diagnoctic: *Bronşiectazie.*

Se institue tratamentul cu pilocarpină.

După prima injecţie conturul imaginei se micşorează cu circa 2 cm. In câmp desemnul peribronchovascular mai bine evidenţiat, câmpul pulmonar clarificat.

La 7 ore. Imaginea se menţine. După a doua injecţie imaginea inelară a dispărut complet.

După o serie de 10 injecţiuni, conturul acestui infiltrat s'a micşorat cu încă 2 cm. Desemnul bronşic mai rectilin.

Starea bolnavului foarte satisfăcătoare. Câştigă în greutate 3 kgr.; transpiraţiile nocturne dispărute. Tusea aproape complet dispărută, cu foarte puţină expectoraţie dimineaţa nefetidă, respiraţia uşurată.

După o pauză de 10 zile, în care timp i s'a administrat calciu per os, se face un nou examen radiologic, când se constată acelaşi aspect dela ultima injecţie. Fiind sub observaţie, se începe o nouă serie de 10 injecţiuni, cu pilocarpină.

L. I. 49 ani. Antecedente heredocolaterale şi personale fără importanţă. *Istoricul boalei:* Boala actuală datează de 5 ani. A început cu tuse, expectoraţie abundentă mai ales dimineaţa (800-900 cc). muco-purulentă aşezată în 4 straturi, foarte fetidă; dispnee la efort.

Pulmonar, sonoritate pulmonară cu raluri ronflante şi sibilante.

Examenul radiologic: In treimea inferioară, câmpul pulmonar drept voalat, neomogen cu un desemn peribronchovascular mult accentuat cu o umbră de mărimea unei prune. Diagnostic: *Bronşiectazie.*

Se institue tratamentul cu pilocarpină.

După prima injecţie câmpul pulmonar clarificat. Desemnul bronşic bine evidenţiat, iar voalarea dispărută. *După a treia injecţie* umbra inelară de mărimea unei prune dispărută, rămânând numai un desemn peribronchovascular situat într'un câmp pulmonar aproape normal. Sputa redusă la un sfert din cantitatea iniţială, nefetidă, foarte puţin muco-purulentă, dispneea diminuată simţitor.

După seria de 10 injecţiuni sputa dispare complet; iar imaginea radioscopică se menţine ca după a treia injecţie. Respiraţia uşurată, câştigă în greutate, starea generală foarte bună.

Se ţine sub observaţie urmând o serie de 10 injecţii calciu, după care va repeta tratamentul cu pilocarpină.

M. N. 26 ani. Antecedente heredocolaterale şi personale fără importanţă. *Istoricul boalei:* Boala actuală a debutat brusc în Ianuarie a. c. cu frison, cefalee, spută muco-purulentă. Se internează într'un sanator. La 4 săptămâni dela internare, într'o dimineaţă are o expectoraţie abundentă de spută muco-purulentă foarte fetidă, urmată a doua zi de o spută hemoptoică. Fenomenele au cedat după 8 săptămâni, creşte în greutate (71 kgr.).

De două luni începe să slăbească din nou (55 kgr.) şi intră în spital cu, spută muco-purulentă abundentă şi foarte fetidă ce se depune în 4 straturi (600 cc), apetitul aproape dispărut, transpiraţii nocturne, subfebrilitate. Bac. Koch, negativ în spută.

La examenul clinic se constată la percuţie matitate la baza dreaptă cu raluri umede. In regiunea subclaviculară dreaptă fine raluri crepitante.

Examenul radiologic: Treimea inferioară a câmpului pulmonar drept neomogenă umbrită, în care se observă o imagine cavitară cât o portocală cu nivel de lichid. Mişcările hemidiafragmului respectiv abolite. Intercleidohilar drept, umbre nodulare subcostale de mărime şi intensităţi variabile. Diagnostic: *Bronşiectazie Abces pulmonar.*

Se institue tratamentul cu pilocarpină.

Imaginea cavitară apare mai bine conturată cu bulă de aer deasupra nivelului de lichid. *După a 5-a injecţie* desemnul pulmonar intercleidohilar mai clarificat. Umbrele nodulare mai conturate şi mai contractate, imaginea cavitară rămâne aceiaşi. Simptomatic însă bolnavul se simte mai bine, poftă de mâncare foarte bună, cere să-i mărim raţia alimentară, sputa diminuată, circ 70 cc. tot muco-purulentă, fetiditatea dispărută. Bolnavul se găseşte încă sub tratament.

P. N. 22 ani. Antecedente heredocolaterale şi personale fără importanţă. *Istoricul boalei:* Boala actuală a început în luna Martie a. c. cu febră (40°), transpiraţii nocturne, tuse chinuitoare, cu expectoraţie abundentă. Văzut radioscopic şi clinic i se dă un concediu de 30 zile pentru pleurită. Vine în spital, debilitat, tegumentele şi mucoasele palide, afebril.

Pulmonar, raluri crepitante şi cracmente la baza plămânului drept In spută Bac. Koch, pozitiv.

Examenul radiologic: In lobul inferior drept o imagine cavitară cât o mandarină, net conturată fără infiltrat în jur. Diagnostic: *Tuberculoză cavitară.*

Se institue tratamentul cu pilocarpină.

La 15 minute după injecţie imaginea cavitară foarte bine delimitată cu peretele inferior gros de circa 1 cm. *După a 5-a injecţie* imaginea cavitară s'a micşorat aproape la jumătate, grosimea peretelui cavitar fiind micşorată, imagine ce se menţine până la ultima injecţie.

Starea generală a bolnavului bună, transpiraţiile nocturne dispărute.

I se face frenicectomie şi revăzut la 6 zile după operaţie imaginea radioscopică se menţine şi cavitatea de mărimea unei nuci.

Din examenul obserаţiunilor de mai sus, reese în mod neîndoios, acţiunea eficace a pilocarpinei asupra plămânului, atât semiotic cât şi terapeutic.

Intr'adevăr toţi bolnavii, după fenomenele subiective legate de injecţia de pilocarpină (valuri de căldură, sialoree, senzaţia de deglutiţie, transpiraţie, uşoară senzaţie de greaţă, trecătoare) prezintă o clarificare a câmpului pulmonar, a cărei importanţă de investigaţie radiologică, trebue neapărat semnalată acum, deoarece permite o mai bună delimitare a leziunilor.

In al doilea rând, se observă chiar dela a 2-a sau a 3-a injecţie o modificare a fenomenelor subiective, încercate până atunci de bolnavi: diminuarea secreţiunei, uşurarea tusei, eliberarea respiraţiei şi diminuarea apreciabilă a transpiraţiei nocturne.

Examenul radiologic chiar după prima injecție, prezintă înafară de clarificarea câmpului pulmonar, o desemnare mai bună a arborelui bronchial, traectul bronchilor devenind aproape normal.

Asupra infiltratelor și cavităților de natură tuberculoasă, tratamentul cu pilocarpină produce o retractare apreciabilă a leziunilor. Aceste modificări se mențin nu numai în decursul tratamentului, dar chiar la un interval apreciabil (10 zile) dela ultima injecție.

In rezumat, bronșiectaziile sunt susceptibile de un tratament cu pilocarpină. Secreția diminuă aproape cu desăvârșire și respirația fetidă dispare complet. Nu suntem în măsură să spunem dacă acești bolnavi s'au vindecat definitiv, deoarece ei n'au fost observați pe o durată de timp suficient de lungă. Dar chiar presupunând că ar fi vorba de ceva pasager, faptul rămâne neîndoios: în urma tratamentului nostru bolnavii s'au simțit complet restabiliți.

In tuberculoză tratamentul nostru îl prezentăm numai ca adjuvant al tratamentului general. Noi credem că și în tuberculoză pilocarpina are proprietatea de a ridica puterea de reacție a plămânului, să producă ceea ce noi numim „mărirea tonicității pulmonare".

Este dela sine înțeles că articolul de față are valoarea unei note preliminare, cercetările fiind în curs.

Concluziuni:

1. Pilocarpina poate fi folosită ca metodă de explorare radiologică. Ea clarifică câmpul pulmonar și permite delimitarea leziunilor.

2. Pilocarpina este un excelent mijloc terapeutic în tratamentul bronșiectaziilor.

3. Pilocarpina poate fi un adjuvant eficace în tratamentul tuberculozei pulmonare.

(INSTITUTUL DE ANATOMIE UMANĂ CLUJ-SIBIU
ȘI SPITALUL MILITAR SIBIU)

RÉSUMÉ

Le traitement par la pilocarpine dans les maladies pulmonaires

Les auteurs ont essayé les injections par la pilocarpine dans le traitement de la bronchectasie et de la tuberculose pulmonaire, en arrivant aux conclusions suivantes:

1. La pilocarpine peut être utilisée comme méthode d'exploration radiologique. Elle clarifie le champ pulmonaire et permet la delimitation des lesions.

2. La pilocarpine est un excellent moyen thérapeutique dans le traitement des bronchectasies.

3. La pilocarpine peut être un adjuvant efficace dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung von Lungenkrankheiten mit Pilokarpin

Die Verfasser haben in der Behandlung der Bronchektasie und Lungentuberkulose Injektionen mit Pilokarpin versucht und sind zu nachstehenden Folgerungen gelangt:

1. Pilokarpin kann als radiographische Auswertungs-Methode verwendet werden. Sie klärt das Lungenbild und ermöglicht die Umgrenzung der Verletzung.

2. Pilokarpin ist ein ausgezeichnetes therapeutisches Mittel in der Behandlung der Bronchektasien.

Pilokarpin kann ein wirksamer Faktor in der Behandlung der Lungentuberkulose sein.

Cranioclastul ca dilatator și tractor

de

Dr. Coșereanu Aurelian

Deși asupra acestei metode practice s'a mai scris, găsim necesar a reveni, utilitatea ei fiind necontestată.

In Obstetrică mai multă ca în oricare altă specialitate poate, este de mai mică importanță indicația intervenției, dar joacă un rol deosebit să găsești momentul indicat intervenției. E natural că având în vedere aceasta, felul și numărul intervențiunilor obstetricale este variat și mare. De asemeni este de netăgăduit că pentru fiecare intervențiune se cer unele condițiuni clasice, fără de care intervențiunea nu s'ar putea executa. Dar medicul practician este cel dintâiu care se lovește de anumite dificultăți, mai ales dacă îi lipsesc mijloacele și instrumentarul necesar.

Metoda ce o vom descrie mai jos, practicată de mult timp în Clinica Ginecologică și Obstetricală după indicația d-lui Prof. Cr. Grigoriu are drept scop de a introduce în practica curentă o metodă, — o socotim proprie clinicei noastre, — care facilitează enorm sarcina medicului.

Intâlnim adeseori cazuri de gravide, cu făt mort intrauterin, sau cazuri de distocii atât din partea mamei cât și din partea fătului, parturiente cu febră și membranele rupte, unde fătul este compromis și unde trebue să recurgem la terminarea facerei. In aceste cazuri singura intervenție indicată este cranioclazia. Dar pentru executarea cranioclaziei întâmpinăm uneori dificultăți, datorite lipsei de dilatare a colului (din cauza unui col rigid, mai ales la primiparele în vârstă, rup-

turei premature a membranelor) şi de aceea trebue să recurgem la diferite procedee de dilatare a canalului cervical.

In acest scop se utilizează mai multe metode:

1. dilatarea digitală, care rareori dă rezultate,
2. dilatare prin balon,
3. dilatare rapidă prin instrumente,
4. dilatare chirurgicală prin discizia colului sau secţiunea lui (cezariană vaginală).

Dintre toate aceste metode de dilatare cea mai frecvent întrebuinţată este dilatarea prin balon. Dar dacă la dilatarea prin instrumente şi cea chirurgicală se renunţă adesea, predomină interesul mamei, fătul fiind mort sau la tot cazul compromis şi la dilatarea prin balon se prezintă desavantagii, deoarece expulzia balonului durează timp îndelungat şi capul copilului nu urmează expulzia balonului. In aceste cazuri e nevoie de o a 2-a intervenţie care este cranioclazia.

In asemenea situaţie când orificiul extern este dilatat cel puţin pentru 2 degete (în cazul când nu este şi ne găsim în condiţiile arătate mai sus, cu indicaţia de evacuare a uterului numai în interesul mamei, se poate ajunge la această condiţie printr'o dilatare cu hegare) cranioclastul ne serveşte admirabil în scopul nostru: „cranioclast ca ecrasor dilatator şi tractor".

Aplicarea cranioclastului se poate face ori pe un cap fixat la strâmtoarea superioară, ori pe un cap mobil. In cazul din urmă capul trebue fixat de un ajutor şi cere multă prudenţă din partea operatorului.

După aplicarea cranioclastului, bineînţeles după inoculare şi evacuarea creerului, se atârnă o greutate de mânerul lui pentru tracţiune, aşa cum se obişnueşte la aplicarea balonului (metreurinter). Canalul cervical sub influenţa acestei tracţiuni progresive asupra capului fetal în decurs de câteva ore ajunge la dilatare completă (cranioclast ca dilatator), iar capul fetal prin tracţiunea cranioclastului (cranioclast ca tractor) este expulzat înafară.

In unele cazuri de distocii însă aplicarea cranioclastului nu este tocmai uşoară şi anume aplicarea lingurilor cranioclastului. In aceste cazuri intervine experienţa operatorului şi este necesară o abatere dela conduita clasică. Dăm un astfel de exemplu care de fapt ne-a determinat să revenim asupra acestui subiect.

Este vorba de femeia P. S. de 30 ani care se prezintă la consultaţiile noastre în luna Martie a. c. Antecedentele eredo-colaterale fără importanţă. In antecedentele personale: a mai avut o naştere înainte cu 3 ani prin forceps. Copilul s'a născut mort. După naştere a rămas cu o fistulă vezico-vaginală. A fost operată la 1 an după naştere pentru această fistulă într'un serviciu din provincie, dar fără să se închidă fistula nici după aceasta.

La examenul obiectiv se constată că este vorba de un bazin proporţionat strâmtat cu conjugata externă 16½. La tuşeul vaginal nu se poate ajunge porţiunea din cauza unei bride circulare vaginale situată înainte. Se poate constata totuşi că este vorba de o graviditate luna III-a. Bolnava prezintă ascensiuni de temperatură 38—38,5, pierde urina prin vagin. Este internată în serviciul nostru I se face examenul urologic care ne spune că este într'adevăr vorba de o fistulă vezico-vaginală. La examenul urinei albumină şi puroiu pozitiv. Rămâne în serviciul nostru 2 săptămâni în care timp se face tratamentul pentru cistită după care la cerere proprie pleacă acasă afebrilă. La plecare i se recomandă să se reîntoarcă la clinică pentru naştere. Femeia dorind să aibă copil s'a pus indicaţia operaţiei cezariene.

In 31 Iulie, deci numai la 4 luni dela plecare, femeia se reintoarce având dureri de naştere. La examinare se constată că este vorba de o graviditate luna VII-a, făt mort intrauterin, membranele rupte. Parturinta având dureri bune de facere, iar capul rămânând mobil la strâmtoarea superioară, se decide evacuarea uterului.

In acest caz, cu făt mort intrauterin, unde primează interesul mamei, se indică cranioclazia. La examenul intern (vaginal) se constată: cicatrice inelară care împiedică descinderea capului. Orificiul extern dilatat pentru 2 degete, membranele rupte. Se procedează la cranioclazie, nu se reuşeşte aplicarea lui din cauza bridei sus amintite Se secţionează această bridă posterior. Nici acum nu se reuşeşte aplicarea, după repetate încercări. In această situaţie se încearcă inversarea aplicării lingurilor cranioclastului, adică se introduce întâiu lingura femelă (goală) pe capul fătului, şi după aceia să se introducă lingura masculă (plină) în capul perforat. Executându-se această manevră se reuşeşte aplicarea cranioclastului, iar de mânerul cranioclastului se leagă o greutate. După 1 oră se expulzează capul şi restul copilului. Lăuzia decurge normal şi după 12 zile pleacă acasă vindecată cu fistula urinară ce o avea

In cazul mai sus descris fiind vorba de un făt mort, evacuarea uterului era indicată, mai ales că naşterea spontană nu putea avea loc. Singura intervenţie indicată era cranioclazia. Orificiul extern fiind dilatat numai pentru 2 degete era necesară dilatarea completă. Aplicarea unui balon pentru dilatare probabil că nu s'ar fi putut face din cauza cicatricei vaginale. De asemeni capul copilului nu ar fi urmat expulziei balonului fiind vorba de un bazin strâmt, deci trebuia urmată o a 2-a intervenţie care ar fi fost tot cranioclazia. Prin metoda sus descrisă am eliminat o intervenţie în plus (deci am diminuat un pericol de infecţie în plus) şi am scurtat timpul naşterei la minimum de timp. Trebue să recunoaştem în schimb că am menajat mama la maximum posibil. Iar decursul lăuziei ne confirmă utilitatea metodei: cranioclast ca dilatator şi tractor.

In concluzie avantajiile acestui procedeu sunt următoarele:

1. E nevoie de o singură intervenţie (nu se mai aplică balon sau alte procedee de dilatare).

2. Menajăm mama, evitând infecţii prin grăbirea facerii.

3. Când aplicarea cranioclastului nu se poate executa din anumite cauze, să se încerce inversarea aplicării lingurilor.

(CLINICA GINECOLOGICĂ ŞI OBSTETRICALĂ CLUJ—SIBIU
Director: Prof. Dr C. Grigoriu)

RESUMÉ

Le cranioclaste comme dilatateur et tracteur

On décrit une méthode d'intervention obstétricale dans des cas avec le foetus mort intrautérin, où la cranioclasie est indiquée. Dans ces cas l'auteur utilise le cranioclaste comme dilatateur et comme tracteur. On donne une observation detaillée dans laquelle on a appliqué cette méthode avec bon résultat.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Kranioklast in Verwendung als Dilatator und Extractor

Es wird eine Operative-Methode in der Geburtshilfe beschrieben, in Fällen mit totem intrauterinem Fötus, wo eine Kranioklase angebracht ist.

In diesen Fällen benutzt der Verfasser den Kranioklasten als Erweiterung- und Tractionsinstrument. Es wird ein Fall ausführlich beschrieben, bei welchem diese Methode mit Erfolg angewendet wurde.

Probleme paramedicale

Bio- și Patografia

de

Dr. Emil I. Bologa
fost medic secundar

Răsfoind prin dicționare pentru a găsi adevărata semnificație a noțiunii de biografie, l-am ascultat pe *Littré* spunând: „Sorte d'histoire qui a pour objet la vie d'une seule personne" și Larousseul, după care biografia este, „l'histoire de la vie d'une personnage". A scrie o biografie, înseamnă deci a istorisi cronologic într'o povestire, viața și faptele petrecute în cursul existenței unui om. Materialul biografic îl formează de sigur oamenii, care au murit pentru a deveni nemuritori. Se descriu viețile oamenilor celebri, pentrucă în afară de creație, viața acestora iese din comun prin sbucium, boală sau sfârșit neobișnuit. Viața lor devine comparabilă unei mări agitate, contrar vieții liniștite asemănătoare unei ape line, pe care o duc oamenii de rând. Studiind viața acestor titani ai lumii noastre, este surprinzător să constatăm cum cei mai mulți au fost suferinzi, bucurându-se foarte puțini de o sănătate desăvârșită. Să fie oare o simplă coincidență, sau viața lor prin însăși structura și cursul ei, i-ar predispune la boală. Este poate boala un excitant în creația lor, sau reprezintă compensația pe care atât de deseori o întâlnim în ritmul biologie.

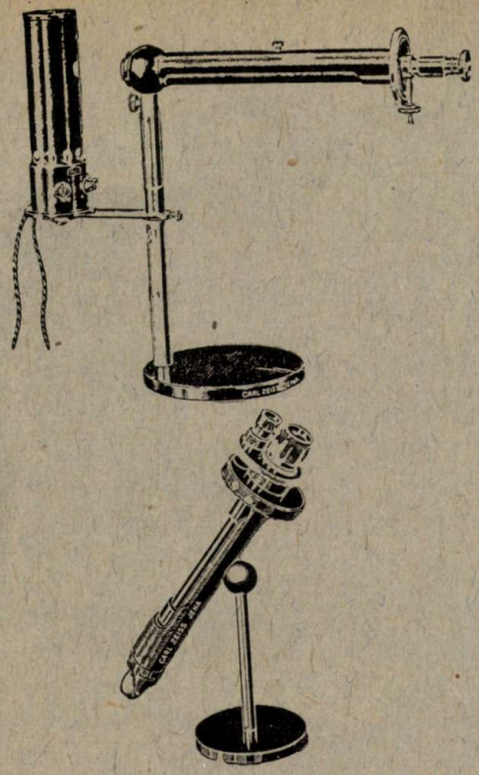
Kretschmer a avut de sigur dreptate, când afirma că, constituția are asupra caracterului și stării sufletești o anumită influență. Pe de altă parte *Lombroso* a greșit cu siguranță în afirmația sa, după care orice creație mare ar avea la bază o boală a psihicului.

Limitându-ne la media acestor afirmații și făcând doar constatarea că o mare parte a acestor creatori au fost suferinzi, mă întreb întru cât am putea vorbi, sau mai precis, face deosebirea, între *biografie* și *patografie*, înțelegând prin biografie descrierea vieții unei persoane normale, sănătoase, iar prin patografie istorisirea vieții unui om suferind sau chiar bolnav.

Noi medicii, fiind singurii cunoscători ai suferinței și bolii, ar urma de sigur, să fim cei indicați de a ne ocupa cu viața marilor bolnavi și de a încerca astfel tragem concluziile de rigoare, luând în considerare corelațiunile strânse, care există între fizic sănătos — psihic sănătos, fizic bolnav — psihic sănătos, psihic bolnav — fizic sănătos, bolnav și creație, creație și boală.

Termenul de *bio-patografie* ar fi atunci rezervat acelora, care într'o epocă a vieții s'au bucurat de sănătate — psiho-fizică — pentru ca mai târziu, tot în cursul creației lor, să devină suferinzi sau chiar bolnavi. Cunoscând boala lor la fel de bine ca și eventualele influențe pe care le va avea boala asupra psihicului bolnavului, am putea studia astfel cât mai științific, întru cât manifestările și creația lor sunt în funcție de o boală, fiind consecința ei, sau întru cât au fost modificate prin apariția bolii, arătând amprentele suferinței în opera creatoare.

Artistul are o structură deosebită de a noastră, structură din cauza căreia suferă în timpul vieții, structură, care nouă ni se pare ciudată. Prin tendința pe care o manifestă artistul în felul său de viață, de a se refugia din sfera lumii reale, palpabile, în aceea a domeniului fantaziei, viața lui devine comparabilă aceleia a copilului. *Goethe*, vorbind într'un pasaj despre jocul inconștient din timpul copilăriei, își manifestă dorința de a-l continua în mod conștient tot restul vieții. Artiștii sunt în general oameni sensibili și susceptibili. *Balzac* ne spune că bucuria este foarte apropiată suferinței. Numai acela devine un bun observator, care a trecut prin gama suferințelor, pentrucă numai durerea se imprimă adânc în conștiință Numai acela, care a suferit, va putea sesiza acel ceva, care ar putea lovi și pe altul. Goethe mărturisește că atuncia când



ZEISS

POLARIMETRE

Polarimetru cu cerc

servește pentru determinarea cantitativă de zahăr și albumină în urină și pentru cercetarea tuturor substanțelor birefringente. Câmpul vizual este triparțial. Precizia până la **0,05%** resp **0,05°**. Polarimetrul cu cerc este montat pe un stativ ușor manuabil și are sisteme optice foarte luminoase. Se poate lucra cu lumină electrică sau lumină de sodiu. Lungimea tuburilor de observare este de 100, 189,4 și 200 mm.

Polarimetrul portativ

servește pentru determinarea de zahăr și albumină în urină. Câmpul vizual este triparțial. Precizia până la 0.1%. Intrebuințarea instrumentului este foarte simplă. Cercetările se pot face cu mâna liberă sau cu ajutorul unui stativ, cu orice sursă de lumină albă și la lumina zilei. Lungimea tubului de observare este de 94,7 mm.

Prospecte gratuite prin

CARL ZEISS - JENA

CARL ZEISS JENA

sau reprezentanța generală pentru România: Societatea Anonimă de Agentură, Comision și Import fost **Otto & Alfred Herzog,** București I. B-dul Carol I, 48

LA **GRIPĂ** ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB à 10 TABLETE
TUB à 20 TABLETE
ETUIS à 6 TABLETE

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subtire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni

ale

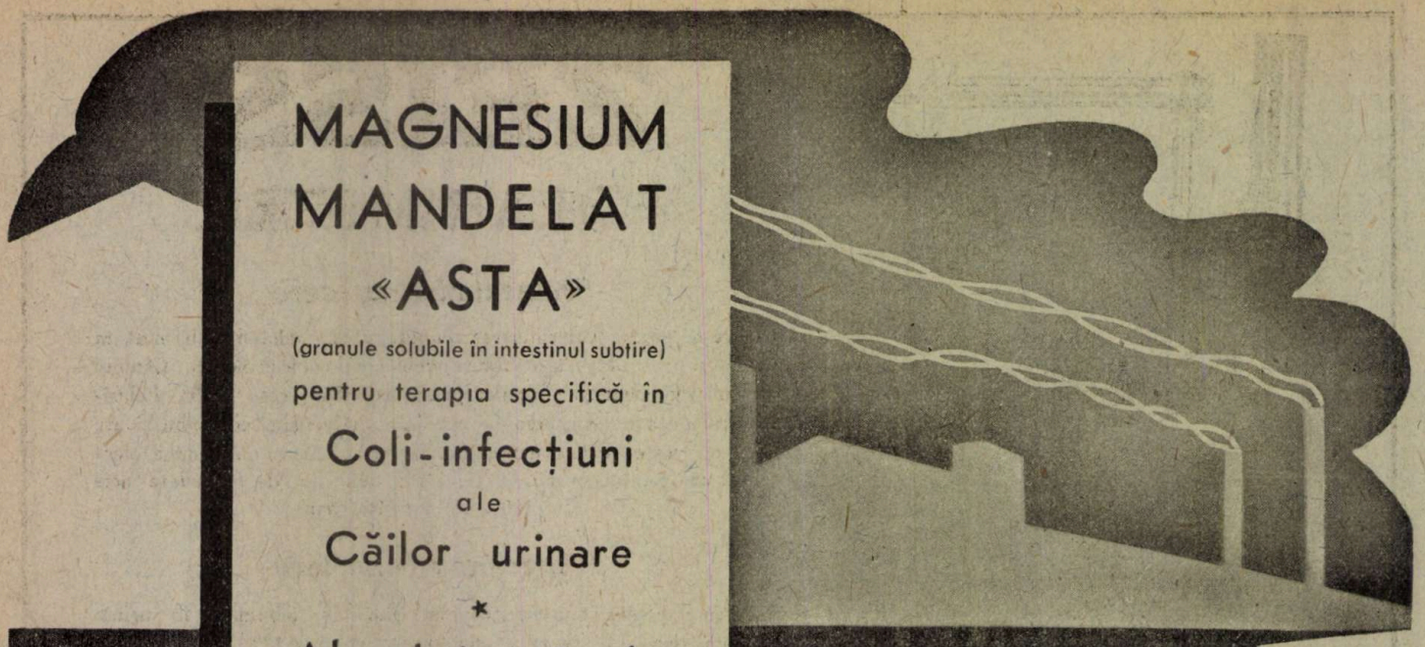
Căilor urinare

*

Absolut netoxic

Foarte economic

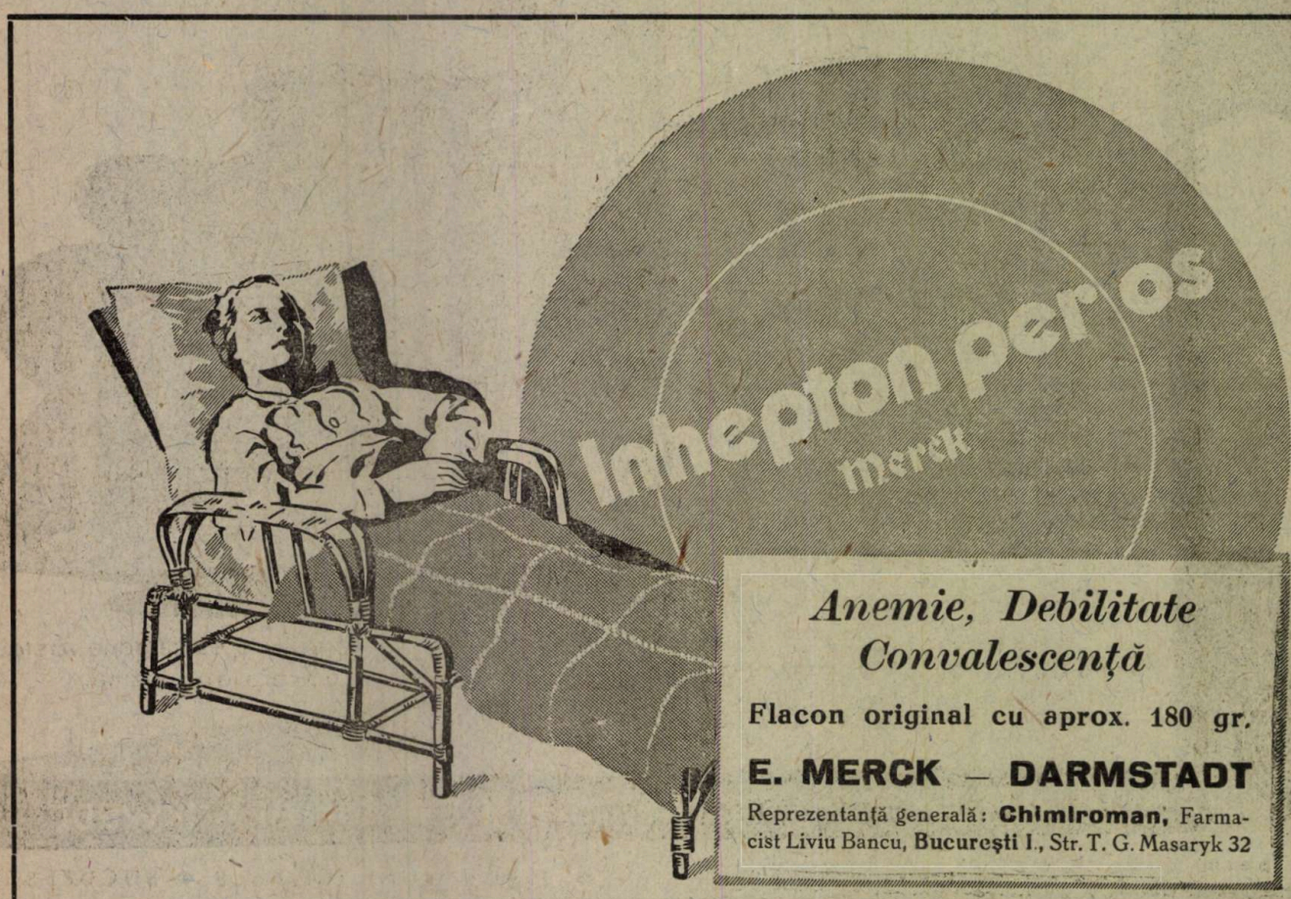
(durată scurtă de tratament)



Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI



Anemie, Debilitate
Convalescență

Flacon original cu aprox. 180 gr.

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentanță generală: **Chimiroman,** Farmacist Liviu Bancu, **București I.**, Str. T. G. Masaryk 32

simte că inima sa este plină de necazuri, caută să şi-o uşureze, aruncându-le în poezie. Astfel se explică de ce artistul este mai fericit în timpul când este produutiv, pentrucă numai atunci, prin exteriorizarea unei părţi a frământărilor sale chinuitoare, el are posibilitatea de a-şi reface echilibrul psihic. După *St. Beuve* creaţia este singura, care aduce cu sine mângăierea pentru scriitor. *Sören Kierkegaard* scrie: „Numai când produc mă simt bine. Atunci numai uit neajunsurile vieţii, toate suferinţele, atunci sunt numai în sfera adevăratelor mele gânduri şi atunci sunt fericit".

Hebbel numeşte talentul ca un bun nepreţuit, care nu are nicio legătură cu durata. El nu vorbeşte despre un grad al talentului, ci despre o calitate a acestuia. Cu un volum te legi mai strâns de viitor, decât poate oricare alt muritor de rând. Nenorocirea artistului devine şi mai mare atunci, când nu îşi găseşte refugiul dorit în sfera altor lumi mai înalte, fapt care aduce după sine lipsa puterii de creare.

Grillparzer aminteşte des în jurnalul său, despre aceste stări îngrozitoare, când simte nevoia şi dorinţa de a crea ceva poetic şi acest lucru merge până la obsesie, rămânând incapabil de a-l realiza. Oricât de mare ar fi munca pe care i-o cere opera creatorului său, aceasta o primeşte cu plăcere, găsind parcă satisfacţia toată în efortul pe care îl are de consumat, spre desăvârşirea ei. *Goethe* compară această plăcere de a suporta greul, cu starea femeii în timpul sarcinei, timp cât ele se simt mai mulţumite cu toată povara ce au de suportat.

Artistul trăieşte cu dorinţa de a se arunca în vâltoarea vieţii, la fel ca alţii. Acest lucru însă nu-l poate realiza, pentrucă el nu este un om de acţiune. *V. van Gogh* scrie, că în vieaţa artistului trăieşte mereu — latent sau nu — dorinţa adevăratei vieţi, fapt, care rămâne eternul şi irealizabilul ideal. Gogh doreşte să poată lăsa uneori munca de care este legat şi să poată fugi pe câmpii şi livezi, în aer şi soare, să aibă aceeaşi bucurie a celorlalţi muritori. Importanţă deosebită trebueşte acordată şi structurii corpului. *Marie v. Frisch* scrie despre *G. Keller* că dacă ar mai fi crescut cu un cap, vieaţa sa ar fi luat o altă întorsătură. Dacă era mai înalt, poate îl plăcea vreo femeie şi atunci nu mai găseam în opera sa acele figuri feminine, care nu reprezintă altceva decât dorinţele sale neîmplinite. Dacă le avea, poate nu le putea reprezenta cu atâta frumuseţe în cărţile sale.

Kretschmer are meritul de a fi observat, că în literatură realiştii şi humoriştii se recrutează din rândul paşnicilor ciclotimi, iar romanticii şi pateticii din rândul astenicilor schizotimi.

Problema inspiraţiei au încercat mulţi artişti s'o explice. Astfel *Hebbel* aminteşte acel tablou al pinacotecei din München, prin care a ajuns la realizarea „Iuditei". Pentru ca un astfel de obiect să-l inspire pe cineva, este incontestabil că în acel cineva trebueşte să existe potenţial, acea substanţă miraculoasă, inflamabilă, atât de sensibil reacţionară faţă de acel obiect inspirator. *Feuerbach* se exprimă în legătură cu inspiraţia astfel: „în artă este ca în amor". Te încălzesc acestea, sau nici unele". *Mozart* povesteşte cum inspiraţia îi vine tumultuos, uneori da, uneori nu, spunând: „de unde şi cum — nu ştiu". *Strindberg* povesteşte în legătură cu cartea sa „Sohn einer Magd", cum scrisul acestei opere a mers dela sine, fără voia sa şi fără adaosul său. *Goethe* considera orice producţie spirituală înaltă, ca un dar al cerului, nefiind încredinţată voinţei, omul trebuind privit ca un mecanism dirijat de o înaltă conducere a lumii, influenţată direct de cele dumnezeeşti. *Sand,* referindu-se la vieaţa lui *Chopin,* povesteşte despre creaţiile sale — care erau spontane — că el găsea ideile fără a le căuta sau fără a le mai fi văzut înainte. Plimbându-se, melodia se năştea în el şi atunci se grăbea ca s'o aşterne pe claviatura pianului său atât de iubit.

Nu trebueşte să ne mirăm deci, dacă unii dintre aceşti mari artişti s'au considerat ca fiind aleşii divinităţii. Să ne gândim la *Torquato Tasso,* care spune că este ceva sfânt în dânsul, ceea ce nu este permis a fi criticat. Şi dacă *A. France* a desmiţit inspiraţia în opera sa, a fost de sigur un produs al structurii sale ironice. El ne spune că nu are fantazie, ci numai răbdare. Scrisul însemnează pentru el ceva obositor.

In ceea ce priveşte apariţia talentului, istoria ne arată pe precocii *Mozart, Chopin, Schubert, Weber, Mendelsohn* în opoziţie cu alţii, la care maximul a fost realizat la vârsta matură. Sunt talente, care într'o vieaţă relativ scurtă au dat fructe bogate şi altele ca *Goethe* şi *Keller,* cărora le-a trebuit o vieaţă, ca să ajungă la desăvârşirea operii lor.

Constituţia şi boala nu sunt singurele puteri, care formează destine, amprenta lor însă în vieaţa şi opera creatorului este incontestabilă. *Goethe* în concepţiile sale, nu admitea o productivitate în sensul apariţiei unui volum după celălalt. El spunea că aceste creaţii, numeric bogate, nu au vieaţă şi durată.

Având intenţia de a dedica acestui subiect, o lucrare mai vastă, în care să aprofundez în mod izolat bolile — fizice şi psihice — precum şi consecinţele influenţei acestora în opera creatoare a diferitor oameni geniali, mă limitez în lucrarea de faţă la o simplă enumerare de aspecte, boli, creaţii tardive şi sfârşituri, de cele mai multe ori neobişnuite, din vieaţa acestor fel de oameni, din care să poată reeşi, în parte măcar, materialul bogat de care dispune subiectul prezent, procentul mare în care oamenii celebrii au fost suferinzi şi amprentele lăsate de suferinţe în opera şi creaţia lor.

Creaţia tardivă — Moartea fiziologică prin senilitate

Au fost oameni mari, care au ajuns la adânci bătrâneţe, cu sănătatea fizică şi psihică păstrată, continuând a crea opere de valoare şi la această vârstă. Un astfel de exemplu este *Tizian*, unul din cei mai mari portretişti ai lumii, care a trăit aproape 100 de ani (1477—1576). La vârsta de 99 de ani el dădu lumii celebra sa „Pieta". Cu toată etatea înaintată, el nu a murit datorită epuizării fiziologice senile, ci datorită pestei. Sunt alte multe exemple, care demonstrează că la vârste înaintate creaţiile sunt posibile. Astfel *Verdi* compune la 74 de ani „Othelo", iar la 80 de ani „Falstaff". *Fontane* scrie la 78 ani cel mai bun roman al său „Effi Briest" şi la 80 de ani „Stechlin". *Meyerbeer* compune „Affricanerin", la 73 ani. La 67 de ani *Hayden* crează „Anotimpurile". *Cervantes* pe „Don Quihote" şi *Lesage* pe „Gil Blas". *Michel Angelo* la 89 de ani a lucrat la clădirea bisericii Sf. Petru până aproape de moarte. *Adolf Menzel* a dat la iveală opere însemnate la o vârstă asemănătoare. *Moltke* avea către 70 de ani, pe vremea când conducea operaţiunile militare ale războiului din 1870—71, iar *Hindenburg* avea 67 de ani în timpul luptei dela Tannenberg.

In opoziţie cu creaţiile celor înaintaţi în vârstă sau înscris în rândul celor nemuritori multe celebrităţi, care au murit prea de timpuriu. Astfel *Körner* la 22 de ani, *Strachwits* şi *Hauff* la 25 de ani, *Lermontow* şi *Petöfi* la 26, *Breadsley* la 27, *Hölty* la 28, *Marlowe* şi *Novalis* la 29 ani.

Voltaire (1694—1778) moare la vârsta de 84 ani, arătând până la urmă, o putere şi vitalitate mare. Vieaţa sa a fost foarte desordonată, făcând abuzuri de mâncare şi băutură. El lucra zilnic 18—20 ore, rămânându-i astfel foarte puţin timp pentru odihnă. Cu toate că ochii săi au fost puşi la încercări grele, el nu a utilizat ochelarii. Voltaire a suferit de hipertrofie de prostată, tratându-se prin dietă, pentrucă nu credea prea mult în medici. Sfârşi prin a-şi biciui suferinţele şi puterile scăzânde, prin consum mare de cafea şi opiu. Acestea toate s'au întâmplat, după ce el a părăsit liniştea din Ferney, pentru a veni la Paris, unde rămâne până la sfârşitul vieţii sale. Neobosit până la ultima clipă muri şi *Goethe* (1749—1832) în al 83-lea an al vieţii sale. Nici el n'a cunoscut ochelarii. Auzul însă îi scăzuse în ultimul timp şi cunoştinţele trecute începeau a cădea în negură. In vieaţă a fost rareori greu bolnav. De douăori (ca student şi la vestea morţii fiului său) Goethe prezentă crize hipotensive, despre care aminteşte în „Dichtung und Warheit". Goethe a murit în urma contractării unei gripe.

Tolstoi (1828—1910) a arătat şi el vigoarea până la 82 ani. A suferit mult datorită constituţiei sale, de răceli, angine şi reumatism. El dădea mare importanţă bolii şi suferinţii. Despre cei care nu au suferit niciodată de nimica, nu avea prea bună părere. Pe drumul care îl despărţea de liniştita sa proprietate Jasnaja Poljana spre a-l duce la mânăstire, se îmbolnăvi într'o gară de pneumonie, care avea să-i aducă sfârşitul.

I. Kant (1724—1804), marele filosof, moare la 80 de ani de bătrâneţe. El nu ieşise din oraşul său originar Königsberg niciodată în vieaţa sa, ducând o vieaţă cu regularitate de ceasornic. Această vieaţă justifică de altfel, vârsta la care a ajuns, el având o constituţie foarte slabă şi un torace în pâlnie. Inainte de moarte a prezentat şi turburări psihice.

Newton (1642—1727), cu toate că la naştere era atât de slab, încât se aştepta pierderea sa, a trăit până la vârsta de 85 ani. Nu a fost bolnav decât odată, prezentând o nevroză traumatică, survenită în urma arderii laboratorului său, cu care ocazie a pierdut o serie de manuscrise. A suferit puţin — trei săptămâni — după care a murit.

Alex. Humbolt (1769—1859) a trăit şi el timp îndelungat. Cu toate că fusese slab în tinereţe, a devenit atât de puternic la maturitate, încât a făcut la 70 de ani o expediţie în Asia. Vitalitatea sa era atât de mare, încât asemănător lui Napoleon, îi erau suficiente foarte puţine ore de somn. Doi ani înainte de a muri a suferit un atac apoplectic, care însă nu a lăsat urme. A suferit puţin înainte de moarte.

Bismarck (1715—1898), cu toată vieaţa agitată şi atât de muncitoare a ajuns la 83 de ani. Perioadele de depresiune şi melancolie alternează cu cele de mânie, în decursul vieţii sale. Bismarck era omul, care lucra mai bucuros noaptea. A fost prieten de-al fumatului şi alcoolului. Cel mai bine s'a simţit după războaiele din 1864, 1866 şi 1870—71. In tinereţe a suferit mult de hemoroizi, congestii şi dureri reumatice. Era predispus la răceli şi suferea de migrenă. In 1893 face o pneumonie, pentru ca în 1898 să moară în urma unui edem pulmonar. Cu o seară înainte petrecu în societate, unde a consumat şampanie şi a fumat mai multe pipe.

Verdi (1813—1901) creind la 74 de ani celebrul său „Othelo", iar la 80 de ani „Falstaff", a murit la 88 de ani. Ultimii ani s'a simţit foarte slăbit, nu mai putea umbla, nici lucra sau citi. In luna Ianuarie a anului morţii, a făcut o hemiplegie a părţii drepte. A zăcut o săptămână, după care a murit. In timpul vieţii s'a bucurat de sănătate deplină şi o mare putere de muncă. Avea predispoziţie pentru cataruri ale căilor respiratorii superioare.

Hayden (1732—1809) a murit la 77 de ani, slăbit fiind de vârsta înaintată. Cu 5 zile înainte de moarte mai cântă la pian acel „Gott erhalte Franz den Kaiser", melodia sa favorită, apropiindu-se astfel de Mozart, care cu o seară înainte de a muri cântă melodia din „Zauberflöte",

Luther (1483—1546) în tinereţe a fost de o constituţie foarte slabă. Incepând cu anul 1531, a suferit mult de congestii, de dureri precordiale şi stări de anxietate, precum şi de litiază renală. In anul 1537 a suferit o puternică colică renală, cu eliminare de pietri. După această suferinţă a slăbit mult, vederea unui ochiu diminuându-i până la completă orbire, iar începând cu anul 1530 sufere de o tumore a coapsei şi de lipotimii, care surveneau paroxistic, fiind de natură arterio-scleroasă. Cefaleea se accentuează din ce în ce. Inainte de moarte el pronunţă următoarele cuvinte: „Ich bin der Welt satt, un die Welt merner". Muri în urma suferinţei cordului. Medicul său Rychard bănuia existenţa unui sifilis, prescriindu-i un tratament corespunzător.

I. S. Bach (1685—1750) moare la vârsta de 65 de ani, atingând abia atunci marginile gloriei. O nenorocită operaţie de cataractă aduse orbirea ultimelor zile ale acestui mare artist, despre care *Bethoven* spunea, că nu trebuia să-l cheme „Bach" ci „Meer". El muri propriu zis de bătrâneţe şi slăbiciune fizică, la fel ca atâţia alţii, *Klopstock, Manzoni, Bruckner* şi *W. Raabe.*

Grillparzer (1791—1872) moare în vârstă de 81 ani de apoplexie. Timp de 43 de ani a fost un simplu funcţionar punctual, susceptibil, de o constituţie psihică ciclotimică, fără prea multă încredere în sine, mai mult un neadaptat în societate. Din tinereţe începu să scrie încercări dramatice, în care se observă şovăiala în talentul său, în care nu credea prea mult. In creaţia sa — pur periodică — întâlnim perioade lungi, în care nu lucra nimica. Astfel între 18 şi 25 de ani nu a scris niciun rând, pentru ca pe urmă să dea la iveală marile sale creaţii „Ahnfrau" şi „Sappho". Grillparzer a prezentat în tot cursul vieţii sale un puternic complex de inferioritate, care s'a accentuat spre bătrâneţe şi mai mult. Talentul său de scriitor a fost secundat de un puternic talent muzical, care era să eclipseze pe primul. La sfârşit, când nimica nu-l mai satisfăcea — nici chiar lectura — era preocupat cu idei de sinucidere. Neproductivitatea, acest fapt care a întunecat ultimii săi ani, l-a făcut să primească postul de director al arhivelor.

Cervantes (1547—1616) a avut un destin foarte potrivnic. Talentul său izbucni de vreme, depărtându-l dela orice îndeletnicire burgheză, fapt care îl duce la o cumplită sărăcie. Işi părăseşte patria şi pleacă în Italia, unde intră în serviciu ca băiat în casă. Ia parte la luptele din Colonna dintre Turci şi Korsari. In lupta dela Lepanto îşi pierde braţul stâng şi pieptul său este străpuns de trei gloanţe. In drum spre Spania (1575) cade în mâinile Korsarilor, care îl duc în Algeria, unde îl vând ca sclav. După şapte ani de sclavie i se redă libertatea, prin răscumpărare. După întoarcerea sa în patrie scrie 30 de drame. Prima parte „Don Quihote" (1605) o scrie la vârsta de 59 de ani. Moare la 68 ani sărac, fără ca cineva să observe pierderea sa.

Petrarca moare la masa de scris, găsit fiind căzut peste hârtiile sale, din care citea.

Linné şi *Gluck* mor în urma mai multor atacuri apopleptice.

Flaubert sufere alături de *Dostoewsky, Petru cel Mare,* de epilepsie. Un atac epileptic îl suprinde la masa de lucru. Işi revine, se culcă pe divanul său turcesc, unde după scurt timp moare. Despre epilepsia sa, a scris *Guy de Maupassant. Maxime du Camp* încearcă a face o legătură între boala şi talentul său şi dă în vileag astfel, suferinţa sa. Primul atac a însemnat în vieaţa scriitorului începutul unei stări melancolice, însoţită de o anxietate, care nu l-a mai părăsit niciodată. De apoplexie au mai murit *V. Hugo, Henry Beyle* (Stendhal), *Böcklin, Schwann, Dickens şi Thakeray. Stendhal* a suferit de hipertensiune craniană şi de turburări afazice deja cu un an înainte de moartea sa.

Medicul *Johann Weyer,* moare şi el în anul 1588 la vârsta de 73 de ani, în urma unui atac apopleptic. Meritul său este de a fi luptat o vieaţă întreagă contra medicinei empirice şi contra vrăjitoriei, care pătrunde în Germania în anul 1484, în urma aprobării pe care papa Inocenţiu al VIII-lea o dă prin bula sa, acestor procedee. De fapt vrăjitoriile încep în Spania odată cu anul 1330. Weyer, care ajunge medicul Principelui Wilhelm von Jülich — Cleve — Berg la Düsseldorf, convinge pe acesta despre inexistenţa vrăjitoriei. In anul 1563 scrie opera sa, menită a distruge aceste credinţe. Prinţul devenind bolnav mintal, medicul a fost învinuit de a fi el însuşi vrăjitor şi era să fie ars.

Prévost (1697—1763) autorul celebrului „Manon Lescaut", a fost la început călugăr benedictin. Moare la 72 de ani în urma unui atac apopleptic.

Copilul din flori *K. Loewe* (1796—1869) moare la 72 de ani în urma unui atac apopleptic.

J. J. Rousseau (1712 - 1778), care la naştere era ca şi pierdut, naştere, care a costat vieaţa mamei sale, sufere deja din tinereţe de inimă. Tot din tinereţe prezintă turburări vezicale şi o îngustare patologică a canalului uretral, urmând tratamente cu sonde. Moare noaptea şezând pe scaunul său. S'a vorbit despre o sinucidere din partea adversarilor săi. Adevărata cauză a morţii a fost hipertensiunea craniană şi atacul apopleptic. Vieaţa psihică a lui *J. J. Rousseau* a fost una dintre cele mai interesante. A avut continuu de luptat în contra unor adevărate opriri — baraje — ale funcţiunilor sale psihice. El însuşi, când scrie despre ideile şi gândurile sale, subliniază greutatea cu care ele îi vin. In 1766 apare delirul de persecuţie, care va merge până la paranoia. Toată vieaţa şi-a trăit-o în sărăcie, câştigându-şi pâinea copiind note. In ceea ce priveşte

vieaţa sa sexuală, *J. J. Rousseau,* a fost un mazochist, un exhibiţionist şi un onanist. Datorită unei impotenţe de natură nevropatică el a renunţat uşor, la contactul şi vieaţa sexuală normală. S'a căsătorit 10 ani înainte de moartea sa, cu *Therese Levasseur,* după ce trăise cu ea 25 de ani. Afirmă a fi avut cu dânsa 5 copii, cărora nefiind în stare a le da educaţia, i-a dus într'un azil de copii. Acest fapt este supus îndoielii. Se crede mai mult că *J. J. Rousseau* a încercat prin această afirmaţie să ascundă impotenţa sa, care creiase un complex de inferioritate.

Th. Fontane (1819—1898) de o constituţie fizică desăvârşită, ajunge la vârsta de 79 ani, suferind totuşi de o nervozitate, care se manifesta prin iritabilitate şi insomnii. In anul 1892, în cursul epidemiei de influenţă, se îmbolnăveşte şi timp de trei luni nu poate lucra nimica. In dimineaţa zilei în care a murit, sufere un atac apopleptic. Primele romane le-a scris la 59 ani. La 79 ani dă frumoasa sa operă în proză „Efie Briest".

Leonardo da Vinci a fost copilul nelegitim al unui notar, om foarte stângaciu. Un spirit universal, ca şi Goethe, care s'a ocupat cu cele mai diferite domenii. In timpul lucrului era foarte nervos şi speriat, mai ales când picta. Moare în urma unui atac apopleptic, în braţele regelui Francisc I. al Franţei, care îl invitase la dânsul.

Händel (1685—1759), al cărui tată la naşterea sa avea 63 de ani, a fost de o constituţie fizică foarte puternică, fiind supranumit „ursul mare". A fost un om plin de veselie şi humor. 22 de ani înainte de moartea sa sufere un atac apopleptic. Cu toate că 8 ani înainte de moarte orbeşte, el continuă a compune opere pentru orgă.

Pentru a aminti şi câteva din morţile neobişnuite — violente — să ne gândim la moartea filosofului *Seneca,* care luând parte la jurământul lui Piso, a fost condamnat de Nero la moarte, obligat fiind de a-şi alege singur felul morţii. Seneca a ales sângerarea prin tăierea vinelor. El suferea de altfel de tuberculoză. *Thomas Morus,* cancelarul englez şi autorul celebrei „Utopia" a fost condamnat de către Henric al VIII-lea la eşafod. Tot pe eşafod şi-a găsit sfârşitul întemeietorul chimiei moderne *Lavoisier* în timpul revoluţiei franceze. Ghilotinat a murit poetul *Cazotte,* la 72 de ani. Scolasticul *Sf. Toma de Aquino* a fost otrăvit de către Carol I. regele Siciliei. Intemeietorul tablelor logaritmice *Vega* a fost găsit mort prin înnec în Dunăre, în anul 1802. El fusese ucis de un morar, fapt descoperit abia după 30 de ani. *Murillo* (1617—1682) moare într'un accident. Pe când picta deasupra altarului „logodna Sfintei Ecaterina" căzu de pe schelă şi îşi găsi sfârşitul. *Schelley* (1792—1822) moare înnecându-se, pe când se plimba cu barca. A fost ars pe rug de către prietenul său Byron. Poetul *Marlowe* (1564—1593) este omorît într'o chestiune amoroasă de către rivalul său, care îl înjunghie. *Lavater* moare după lungi suferinţe, împuşcat fiind pe o stradă din Zürich de către un grenadier. Poetul *Kotzebue* (1761—1819) e ucis prin înjunghiere cu pumnalul, din motive politice, de către studentul Sand. *Lermontov,* poet al literaturii ruse, cade într'un duel cu pistoale avut cu un ofiţer, pe care îl ofensase. *Puschkin,* moare la vârsta de 38 ani, tot într'un duel avut cu un francez, care se îndrăgostise de soţia sa. *Kleist* (1777—1811) se sinucide prin împuşcare cu pistolul în timpul când petrecea cu o femeie în grădina unei berării. Mult timp a practicat onania, fapt care i-a creat o stare hipocondriacă, consultând şi cerând ajutorul medical. *Raimund* se sinucide la vârsta de 46 ani, în timpul unei crize de depresiune. Austriacul *Stifter,* suferind de cancer hepatic îşi taie gâtlejul cu briciul, în timpul unei crize dureroase. Profesorul facultăţii din Paris *Abälard* (1079—1141) moare mutilat de doi necunoscuţi într'o noapte, după ce abia se căsătorise cu frumoasa Heloise, cu care întreţinea legături de multă vreme.

E. Zola (1840—1902) are o tinereţe plină de griji şi sărăcie, împărtăşită de traiul în comun cu o femeie iubită, care mai târziu moare epileptică. Zola stătea de multe ori întins pe pat ore de-a-rândul, pentru ca astfel cheltuielile nutritive metabolice să fie cât mai minime. Alteori prindea vrăbii, pe care le mânca, frigându-le. A fost de constituţie picnică. Piciorul stâng îl avea mai scurt ca pe cel drept. Era miop, la fel ca Nietzsche, Keller, Heine, Brahms şi Bizet. A suferit mult pe urma anginelor repetate. Era o fire hipernervoasă şi fricoasă. La începerea oricărui roman era cuprins de teama că nu-l va putea termina. Suferea aşa de mult de acel „Lampenfieber", încât asemănător lui Virgil, Lafontaine, Newton, Corneille, Descartes şi Manzoni, abia putea vorbi în public. Căsătoria sa lipsită de copii l-a făcut să sufere mult. Sfârşitul său a fost tragic. Pe când se întorcea cu soţia sa la Paris, în anul 1902, după ce petrecuse un timp la ţară, fiind frig în cameră, el lăsă să se facă foc. Noaptea soţia sa se scoală, cuprinsă fiind de greţuri şi vărsături. Zola se trezeşte, simte aceleaşi simptome, însă crede că este vorba de un deranj stomacal. Voind în cele din urmă a deschide geamul, se prăbuşi. Soţia nu-l putu ajuta, leşinând. Dimineaţa zilei următoare a fost găsit mort, întoxicat cu oxid de carbon. Soţia lui a putut fi readusă la vieaţă. Neprietenii săi au lansat svonul suicidului. In urma lui, a aceluia care a scris atât de mult, nu a rămas nici un fel de avere.

(SPITALUL DE BOLI MINTALE ŞI NERVOASE — SIBIU
Director: Dr. Liviu Ionaşiu)

Revista cărților

Toracoplastia cu apicoliză extrafascială. Operația lui Semb. De *Dr. C. Bibicescu, Dr. C. Cărpinișanu, Dr. Z. Barbu* și *Dr. A. Oncescu.* București, Tipografia „Cultura". Câmpineanu 15. 1941. Pag. 128.

Medicii dela sanatorul Moroeni-Dâmbovița au scos deja o serie de lucrări de mare valoare din specialitatea pulmonară, în lucrarea de față aceiași medici se ocupă de o metodă terapeutică foarte importantă pentru tuberculoza pulmonară: de toracoplastia cu apicoliză extrafascială, de operația lui Semb. Autorii prezintă o statistică importantă de 40 de cazuri cu tuberculoză pulmonară, unde au executat această metodă terapeutică chirurgicală. Se dau în această lucrare toate detaliile în legătură cu această operație. După un istoric, în care se arată felul de evoluție al intervențiilor chirurgicale în tuberculoza pulmonară până s'a ajuns la operația lui Semb, se trece la descrierea acestei ultime operații. Indicațiile pentru această intervenție sunt date cu toate amănuntele necesare: în raport cu topografia leziunii, cu factorul imuno-biologic, cu forma anatomică, cu vârsta cavernii, cu elasticitatea leziunii, cu leziunile pulmonului opus, cu integritatea funcțională a pulmonului, cordului și a celorlalte organe. Indicația majoră pentru operația lui Semb este caverna discret activă, elastică, centrolobară. Dacă s'ar opera numai cazuri astfel indicate, rezultatele ar fi incontestabil 99% foarte bune. Contraindicațiile pentru operație încă sunt trecute în revistă.

Se discută apoi limita indicației dintre operația lui Semb și alte operațiuni din domeniul lobului superior: pneumotoraxul extrapleural; apicoliza cu plombaj, toracoplastia paravertebrală totală (operația lui Sauerbruch), frenicectomia, drenajul aspirativ Monaldi.

Se expune tehnica operației propriu zise, tratamentul postoperator, accidentele postoperatorii, complicațiile postoperatorii. Dintre complicațiile postoperatorii pneumonia este cea mai de temut.

Rezultatele globale ale operației lui Semb sunt mai mult decât mulțumitoare și ele sunt arătate de autori într'un număr de opt tablouri în raport cu diferiții factori.

Lucrarea este ilustrată de numeroase clișee radiografice.

Această lucrare aduce o reală contribuție la tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare și ea de sigur că interesează în primul rând pe specialiștii noștri ftiziologi și chirurgi. Dar lucrarea mai arată, că în sanatorul Moroeni tratamentul tuberculozei pulmonare se face după cele mai noi metode terapeutice, pe care tehnica medico-chirurgicală ni le-a pus la dispoziție.

Conf. Dr. I. Gavrilă

Psihologia persoanei. De *Mărgineanu Nicolae.* Ed. Institutului de Psihologie al Universității Cluj-Sibiu. 1941. 557 pag. 10°.

In neostoita frământare a omenirei cu întunericul, una din problemele care a cerut istovitoare cercetări, a fost și aceea a cunoașterei sufletului. In psihologie, ca în toate domeniile științifice, s'a plecat dela parte, dela element, dela amănunt. Gândirea analitică a dominat și continuă încă în bună parte. In goana quasi-inconștientă după amănunt, nu s'a distins „esențialul" de „secundar". Intregul, gândirea și metoda sintetică se impune și se cultivă, pare-se mai constant, după războiul trecut.

Dacă vechea psihologie a fost acuzată că a fost „fără suflet", tot așa se poate afirma că medicina contemporană este în serviciul vieții organice, ignorând și chiar neglijând viața psihică. Medicina, ca știință integrală a omului, este și azi stăpânită de mentalitatea analitică. Șablonul omului abstract, turnat după tiparele unei anatomii, fiziologii și patologii analitice, organo-bio-mecaniciste, continuă a fi și azi la baza practicei medicale. Trăim veacul medicinei explicative, a medicinei care s'a desvoltat într'un ritm paralel și comun, cu tehnicizarea vieții.

Iată, de ce, orice publicațiune, care tinde să cuprindă sintetic, cercetările ce privesc un tot al omului, constituesc pietre de hotar. Cu atât mai mult la noi, cu cât atari preocupări sunt excepționale.

Crearea operelor de sinteză, se lovește dela început, de insuficiențele inerente ale structurei omenești. Natura pare să fi fost creeată, ca să rămână încă în multe aspecte, neînțeleasă de om. In ceea ce privește structura psihică, această presupunere își însușește atributele adevărului. Nu s'a ajuns încă la formula ipotetică a structurei și arhitectoniei omului bio-psihic, datorită probabil faptului, că orizonturile minții noastre nu ne îngăduie o atare înțelegere atotcuprinzătoare. Să nu uităm deficiența și subiectivismul între alte trăsături caracteristice, ale gândirei noastre.

E una dintre marile taine ale Naturei.

In această lumină, cartea d-lui Mărgineanu, constitue pentru intelectualitatea românească, care se cere smulsă din analitic, o neprețuită operă. Deosebita putere de sinteză, coroborată cu o necontenită moderațiune, obiectivism și tendință de armonizare a tuturor teoriilor, au fost, alături, de o vastă erudiție și lucrări personale, „instrumentele" ce-au servit d-lui Mărgineanu la construirea acestei de mu't așteptate lucrări.

Cartea cuprinde patru părți: I. Domeniul persoanei. II. Aspectele majore ale persoanei. III. Structura persoanei. IV. Aspectul anormal și patologic.

Persoana este sinteza dintre suflet și corp. E unitatea supremă ce rezultă din colaborarea aptitudinilor, temperamentului, firei și a caracterului. Aceste patru funcțiuni constituesc axele principale ale persoanei. Ele stau sub continua influență a factorilor ce le determină manifestarea. Sunt factorii dinamici: biologici, sociali și psihologici. Afară de aspectul ei dinamic, persoana este privită și sub aspectul diferențial, evolutiv, social și abisal.

In aspectul dinamic, autorul subliniază rolul dinamicei sociale. Motivele sau valorile fundamentale care determină conduita umană sunt în număr de 6: economice, politice, sociale, teoretice, estetice și religioase. Acestea determină faptele și gândurile omului. Ele creează forma vieții. Prin ele înțelegem integrarea spiritului individual în cel colectiv.

In formarea și adaptarea persoanei, mediul are același rol ca și ereditatea. Raportul între aceste două se rezumă plastic: ereditatea hotărăște *cât* putem, iar mediul *ce* putem. Configurația și structura persoanei se plămădesc în toată filiera dinamicei. Ea are în centrul său aptitudinile (configurația funcțională), care determină acțiunea (configurația dinamică), prin tendințele instinctive și dobândite; ea se poate manifesta după o anumită formă (activitate și emotivitate) și numai în conformitate cu direcția de orientare a firei individuale, în ceea ce are mai central, diferențial, constant, abisal și biosocial. In acest mod s'ar putea formula definiția persoanei.

Structura persoanei este privită sub aspectul modern al biotipologiei. Sunt redate toate cercetările asupra corelațiilor morfo-fizio-psihologice. Concepțiile lui Kretschmer și Viola sunt aducătoare de largi orizonturi.

In explicarea structurei persoanei pe baza cunoștințelor actuale, s'a ajuns la stabilirea axelor ei principale și secundare, care constituesc spiritul de ordine al sufletului omenesc. Cu ajutorul acestor axe, autorul imaginează o psihogramă ponderată a persoanei, adică imaginea omului social mediu, a normotipului. Ele sunt acelea care conlucrează la determinarea structurei și ierarhizarea funcțiunilor sufletești.

Ultimul capitol este dedicat psihopatologiei, privită în deosebi, sub aspectul psihologiei și psihiatriei americane. Conflictul este cauza universală a bolilor mintale. Fie el psihologic, biologic,

psihosocial sau de evoluţie. De aci rezultă grija ce trebue s'o avem pentru sănătatea psihică.

Dacă rasa umană poate fi teoretic infinită, cea reală, adică cea de toate zilele, în mijlocul căreia noi trăim, este finită şi cunoscută în trăsăturile ei esenţiale. Mijloacele de cunoaştere a sufletului omenesc sunt azi multiple. D-l Mărgineanu ne promite al doilea volum, tocmai asupra cunoaşterei, şi un altul, tot atât de important, asupra sufletului românesc, aşa cum el ar rezulta din capodoperele literaturei româneşti.

Îi suntem recunoscători pentru primul volum şi-l rugăm să se ţină de cuvânt. Marea tragedie a lumei pe care o trăim, va detrona de sigur materialismul veros, maşinalizarea umanului. Valorile spirituale, îndrumarea lor pe cărările umanităţii, armonizarea umanului cu legile Naturei, vor da prilej psihologilor şi medicilor să conducă existenţa spre alte orizonturi.

Die Seele. De *A. Bier*. Lehmann-München, 1941, ed. 7-a, 172 pag. 8 A.

Marele chirurg german, reprezentant al celei mai materialiste şi mai tehnicizate specialităţi, a dat, în decursul carierei sale, multă atenţiune şi sufletului. Gândurile sale sunt concretizate în cartea ce analizăm şi care a avut un mare răsunet: s'au vândut 40—45 000 exemplare!

Autorul este un convins heraclitician. Multe din ideile marelui filosof sunt însuşite: „Vrea omul să ajungă ceva, să fie şi să rămână stăpânul creaţiunei, atunci trebue nu numai să urmeze Natura, ci pe de altă parte să o stăpânească şi s'o cârmuiască. A fi înţelept este cea mai mare virtute şi înţelepciunea consistă tocmai în a spune adevărul şi a lucra după Natură, ascultând supus de ea."

Medicina şi filosofia îşi aparţin. Dar şi mai mult. Medicul care este şi filosof, este divin.

Deşi hotarele sufletului nu sunt cunoscute, sufletul este acela care l-a făcut pe om destoinic, ca prin tehnică să schimbe, prăbuşind faţa lumei, să biruiască timpul şi spaţiul şi totodată să recunoască că pământul nostru de care suntem legaţi şi care ne apare atât de întins şi de minunat, să fie numai un foarte mic grăunte de praf în marele Univers. Acest suflet a făcut pe oameni stăpânii pământului, cu toate că greşala este mai frecventă decât adevărul, aparenţa mai extinsă decât realitatea şi cu toate că din vieaţa absolută am putut culege o imagine incompletă şi denaturată. Omul a trăit şi până acum, fără a înţelege legile cârmuitoare ale vieţii şi puterile sufletului. Însă ne putem întreba dacă omul a adus vreun folos omenirei şi universului.

Marele motiv al vieţii — vorbind în general — e pofta spre dobândirea plăcerei, evitarea sau înlăturarea neplăcerei. E cârma vieţii — se pare — chiar dela începutul ei. Instinctul principal al omului este instinctul de râvnire, adică voinţa de a poseda şi de a ajunge ceea ce este plăcut şi folositor. Instinctul de conservare se manifestă în modul cel mai puternic, fie al propriei persoane, fie al speciei. Toate fiinţele sunt mânate de acest instinct, în serviciul căruia, noi oamenii, îi punem toate bucuriile şi plăcerile deşarte.

Natura a creiat pe om, dându-i multe mijloace de apărare pentru integritatea corporală şi a vieţii. Durerea este printre acestea: ea este marele veghetor şi păstrător al vieţii, mai bine zis al formei exterioare. Omul simte durerea numai care trebue simţită. Ea nu reprezintă în acelaşi timp o măsură pentru gravitatea suferinţei. La bolile mortale ea lipseşte, cum lipseşte şi la unele organe interne. Un alt instrument care serveşte la înlăturarea pericolului, este şi presentimentul morţii, pe care îl au unii bolnavi înainte de operaţie. Urmează apoi sentimentul boalei sau al durerei.

Instinctul de conservare se mai manifestă şi prin frică. Frica conduce azi omenirea, alături de ură, răzbunare şi invidie. Izvoarele religiei şi ale dreptului îşi au origina tot în frică: frica de iad, frica de sancţiune.

Toată existenţa şi toate manifestările sufleteşti sunt legate prin contrast într'un amestec necesar, atât la cei virtuoşi, cât şi la cei vicioşi. Amestecul la unii este bun, la alţii rău; la unii nobil, la alţii nenobil, dominat de impulsuri, instincte, afecte ş. a. m. d, dobândite prin supremaţie, într'un mod disarmonic. Acestea duc pe om la rătăciri sau chiar îl menţin în erori. Ele păstrează sau distrug vieaţa. Rătăciri sunt în toate domeniile sufletului, afectivitate, inteligenţă, memorie, caracter, etc.

Marele rătăciri ale existenţii: unilateralitatea, neglijarea esenţialului şi cultivarea amănuntului Erorile sunt necesare existenţei, chiar la fiinţele superioare: speranţa în vindecarea bolilor grave sau incurabile o au şi medicii O altă eroare gravă este şi sinuciderea.

Instinctele naturale nu trebuesc învinse, izvor de noi erori.

O altă eroare este şi minciuna. E una din acelea care are o acţiune extraordinară, în deosebi azi, când ea conduce popoarele Omenirea însă se lasă uşor înşelată, condusă de minciună.

Vieaţa îşi datoreşte existenţa contrastelor. Fiecare organism, pentru a putea trăi, are nevoie de 2 antagonişti: statornicia pe de o parte, variabilitatea pe de alta. Contrastele trebue să se găsească într'o perfectă armonie Credinţa şi ştiinţa sunt cele mai puternice contraste, care armonizate, ajută omului să-şi atingă idealul cel mai înalt al vieţii.

Krankheit, Lebenskrise und soziales Schicksal. De *Hollmann Werner*. Thieme 1940. Schriftenreihe zur Dtsch Med. Woch, H. 4.

Legea seriei şi-a găsit, în coincidenţa acestor trei cărţi, o elocventă aplicaţiune. Un psiholog, un chirurg şi un internist, pe trei diferite puncte ale globului, relevă importanţa covârşitoare a sufletului în destinul omului şi al omenirii în general.

Hollmann, internist, pulmunolog cunoscut, îşi expune concepţiile sale în 7 conferinţe. Prima se referă la psihoterapia în medicina internă. La baza majorităţii bolilor organice există un conflict psiho-social sau o tulburare neuro-vegetativă. Ele debută prin „neuroză". De aci, medicina modernă trebue construită într'o concepţie psiho-somato-fiziologică şi sociologică. Medicina s'a desvoltat paralel cu politica socială a Statului. Medicul se ocupă şi de probleme sociale ale bolnavilor, căci între factorii de boală există şi turburări ale vieţii private şi sociale. Boala în ambianţa ei, va fi privită în concret, şi nu în abstract, cum o face de obicei medicina clinică actuală. Învăţământul universitar ignorează latura psihologică şi sociologică, în timp ce medicina practică le trăeşte pe ambele. Boala privită prin tripla concepţie bio-psiho-socială, se încadrează în ideea generală a legilor naturale, care a dovedit că personalitatea se datoreşte atât biologicului, cât şi socialului. Boala apare şi se desvoltă din toată vieaţa individului, adică din toată personalitatea lui. De aci se cere ca medicul modern să cunoască toată vieaţa bolnavului, toată existenţa lui. Aceasta cu dublul scop: pentru a mări media vieţii, cum a făcut-o şi o face medicina practică, pentru a păstra şi prelungi puterea lucrativă, cum o pretind cerinţele moderne ale societăţii. Într'un cuvânt, medicul are obligaţia de a asigura păstrarea deplină a tuturor forţelor corporale, sufleteşti şi spirituale ale omului. Apărarea de boală echivalează cu menţinerea productivităţii omeneşti.

Ca o dovadă că medicina clinică nu mai corespunde necesităţilor sociale moderne, în Germania se încearcă o asociere a medicinei şcolastice-ştiinţifice cu hemoepatia şi cu arta vindecărei naturale.

Boala fiind expresia personalităţii bolnavului, o unitate în ea însăşi, este purtătoare nu numai a particularităţilor biologice, ci şi a celor estetice, religioase şi culturale. Vindecarea va însemna

o întoarcere integrală spre noi înşine. In acest sens, învăţământul medicinei nu se opreşte numai asupra ştiinţei vindecării, ci şi asupra ştiinţei spiritului, ca artă a vindecării. O medicină cuprinzătoare, total antropologică, cere o revoluţie fundamentală. Până atunci să utilizăm alături de terapia fizico-chimică şi pe cea psihică. Psihoterapia modernă e o psihologie care determină pentru fiecare caz în parte, sensul unei vieţi, a unui destin şi valoarea unui om. Ea cauta să descopere sensul şi valoarea realizării sociale a pacientului. Prin terapia adecvată, psihoterapeutul devine conducătorul vieţii bolnavului.

A doua conferinţă este dedicată constituţiei psihice şi somatice.

E vorba de o nouă concepţie. Aşa cum stările sufleteşti şi spirituale hotăresc problemele vieţii şi ca atare asupra proceselor patologice, tot aşa invers bolile pot determina cursul vieţii şi desvoltarea personalităţii bolnavului. Această noţiune este realizată practic: anumitor boli organice corespund cu predilecţie anumite tipuri psihice (cei cu ulcere stomahale sunt extrovertiţi, cei cu colite sunt introvertiţi, etc). Boala pare a avea raport mai mult cu lumea exterioară, cu psihotipul şi nu cu biotipul. Tipul constituţional somatic nu arată corelaţiuni cu aceste boli.

In a 3-a conferinţă se relevă conflictul social şi familiar. Acestea de multe ori duc la îmbolnăviri. Boala apare astfel ca o binecuvântare pentru bolnav. Arta medicului este de a înlătura cauzele conflictului. Aci e marele rol al psiho- şi socioterapiei, cristalizat în obligaţia de a înlătura tulburările neuro-vegetative, înainte de a se instala afecţiunea organică.

In conferinţa a 4-a este vorba de conflictul cu societatea şi individul. Destinul individului formează un tot cu destinul comunităţii, în care el trăeşte şi creşte: factorii care plăsmuesc personalitatea, pot fi şi cauze de plăsmuire a bolii. In timpul trecerei prin toată filiera socializării, în marea majoritate a cazurilor se produc crize în structura personalităţii. Crizele sunt datorite conflictelor, fie familiare, fie cu comunitatea. Conflictele duc la boli. Psihoterapia se însărcinează să conducă viaţa bolnavului şi din punct de vedere psiho-social.

In conferinţa ce urmează, sunt desvoltate pe larg conflictele vieţii burgheze şi ţărăneşti. Cunoaşterea particularităţilor psihologice a fiecărui strat social, ar putea constitui baza unei sociologii medicale. Această idee este pe larg desvoltată în conferinţa a 6-a, care se ocupă de sociologia şi psihologia medicală. Medicina actuală cere o lărgire a cadrelor, cuprinzând toată viaţa individului. Statul pretinde medicului să fie conducătorul vieţii. Medicina de până acum, în spiritul unei ştiinţe naturale, prin vastul ei arsenal terapeutic a reuşit să asigure o prelungire a existenţii. Statul nu se mulţumeşte numai cu atât. Sociologia medicală se cere clădită în cadrul totalităţii Statului. Astea înseamnă sacrificii de ambele părţi. Medicul este arbitru ce va hotărî cât de departe vor putea şi trebui duse aceste sacrificii. Sociologia medicală nu va fi altceva decât o extindere a faptului patologic cu referire la toată viaţa omenească şi la factorii mediului. Sociologia medicală, asociată psihologiei, duce la cunoaşterea izvorului social al evenimentului patologic.

Că medicina socială este o medicină a straturilor, este dovedită în ultima conferinţă, care se ocupă pe larg de muncitorime, nevrozele şi bolile sociale ale acestei pături. Muncitorimea este noul strat social suprapus, care nu şi-a găsit încă un stil de viaţă şi o stabilitare socială. E pătura care se găseşte mai totdeauna în fruntea mişcărilor revoluţionare. Medicina a evoluat paralel cu desvoltarea socială a acestei pături, în special în ramura ei tehnică. Ordinea socială pare a fi determinată acum tocmai de muncitorimea industrială. Muncitorul este într'un perpetuu conflict. Dacă pentru burghezie şi ţărănime, corespunde ca ideal medicul de casă, pentru muncitorime se cere o medicină mai vastă mai specializată, pentru a smulge pe muncitor din conflict. *M. Kernbach*

Operaţiunile în cabinetul medical. (Die Operation in der Sprechstunde). De *Goldhahn*. Ed. 2-a (180 pagini, 68 planche) 1938. Thieme Leipzig.

Cartea binecunoscutului autor aduce o serie întreagă de sfaturi care merită interes în deosebi din partea medicului practician cu nevoile lui de a interveni în cazuri urgente. Textul este scurt şi conchis, iar desenurile pun foarte bine în evidenţă elementele esenţiale anatomo-clinice. Se insistă asupra greşelilor posibile, asupra eşecurilor şi a înlăturării lor. Următoarele intervenţiuni sunt descrise: Capul, faţa, cavitatea bucală: tratamentul plăgilor, tratamentul inflamaţiunilor, extracţiunile dentare. Gât: tratamentul plăgilor, tracheotomie, tubagiul laringelui, tratamentul inflamaţiunilor. Mamela: exstirpaţiunea tumorilor mici, biopsie, intervenţiuni în cazuri de mastită. Torace şi abdomen: puncţia pleurei, drenaj Bülau, puncţia pericardului, puncţia abdominală. Organele genito-urinare: cateterism, puncţia suprapubică a vezicei, corpuri străine în uretră, fimoză, hidrocel. Regiunea anală: diferitele leziuni, corpuri străine, fistule, fisuri, abces perirectal. Punţia lombară şi suboccipitală. Leziunile, amputaţiunile şi exarticulaţiunile degetelor. Puncţiile articulare. Intervenţiuni în cazuri de inflamaţii la nivelul extremităţilor. In rezumat putem deci spune că lucrarea într'un volum redus cuprinde un program uimitor de bogat. Unele capitole de interes deosebit sunt tratate mai pe larg de ex. extracţiile dentare, tracheotomie, fistulele anale, mastită etc.

Cu toate calităţile didactice ale cărţii totuşi trebue notat că cele mai multe din intervenţiunile descrise nu pot fi executate în cabinetul medicului practician fără ajutor suficient. In special intervenţiunile cu narcoză reclamă cel puţin un ajutor. Fără a lua în seamă acest lucru, atât medicul, cât şi bolnavul adeseori vor avea desamăgiri amare.

In ceea ce priveşte practica stomatologică a medicului dela ţară noi suntem de părere că indicaţia unei extracţiuni ar trebui pusă cu foarte multă rezervă cu atât mai mult cu cât tratamentul conservativ chiar şi în mâna medicului dela ţară nu întâmpină dificultăţi tehnice.

In unele cazuri speciale părerea autorului este discutabilă, astfel autorul pentru evacuarea vezicei în cazuri de ipertrofie prostatică recomandă cateterism cu sonda de metal Ch 22—24 modificată de Gely. Noi credem că în mâna medicului fără experienţă chirurgicală introducerea unei sonde de cauciuc (Nelaton ori Tiemann) este mai puţin periculoasă. In cazuri unde cateterismul nu poate fi executat recomandăm evacuarea vezicei prin puncţie cu siringa Record şi ac subţire în loc de aplicaţia trocarului cunoscut

In rezumat: o carte recomandabilă atât pentru chirurg căruia îi aduce multe reînprospătări, cât şi pentru medicul practician care lucrează în mediu mai simplu.

Dr. Fabritius Ioan

Revista revistelor

INTERNE

Abces gangrenos a plămânului tratat prin bronchoscopie şi oleu de peşte în situ. (Abces gangreneux du poumon traité par bronchoscopie et huile de foie de morue in situ) De *Dr. de Gunten* et *A. Miege*. Schw. Med. Wschr. 1941, Nr. 33, pag. 961—63.

Autorii descriu un caz de abces pulmonar gangrenos la baza stângă la o femee de 28 de ani, consecutiv unei pleurezii putride, survenite în urma unei embolii septice. Observaţia arată o evoluţie foarte gravă a acestui abces, care rezistă de un an la toate tratamentele medicale actuale. Metoda bronchoscopică cu lavaj, aspiraţiuni şi injecţiuni intrabronchiale cu oleu de peşte a permis de a obţine o ameliorare generală şi locală şi o cicatrizare foarte rapidă a acestui abces. De un an bolnava, care şi-a reluat o existenţă normală, n'a prezentat nici un semn de recidivă. Intrebuinţarea in situ a oleului de peşte în un abces pulmonar a fost foarte bine tolerată şi acest procedeu pare a avea o acţiune remarcabilă, desinfectantă şi cicatrizană asupra leziunii.

Polinevrita alcoolică, raporturile sale cu stările funcţionale ale tubului digestiv, de *P. Mauriac, R. Saric* şi *J. Cuzaco*. Paris Médical, 1940, Nr. 36—37, pag. 409.

Polinevrita alcoolicilor azi este interpretată ca o manifestaţie de avitaminoză B, în special B1. Absenţa vitaminei B1 aduce cu sine acumularea în organism a unor substanţe acide, rezultând din metabolismul intermediar, care provoacă apoi polinevrita. Intoxicaţia alcoolică poate provoca carenţa în vitamina B, prin o insuficienţă alimentară sau prin o insuficienţă de absorbţie la nivelul intestinului, ceea ce are urmare o utilizare imperfectă a vitaminei B. In sprijinul insuficienţii de absorbţie este că la alcoolici adesea se constată o gastrită atrofică. Autorii făcând examenul sucului gastric la alcoolici şi la normali, constată: la alcoolici cu polinevrită chimul gastric în general este mult mai puţin activ şi achiliile la aceştia sunt cu mult mai dese, decât la alcoolicii fără polinevrită. Achilia şi polinevrita pot fi consecinţa aceleiaşi cauze: carenţa profundă în vitamina B. Proba cu saturaţie cu acid ascorbic (vitamina C) pe cale bucală arată o carenţă profundă în vitamina C

In scop terapeutic vitamina B are o acţiune favorabilă asupra turburărilor gastro-intestinale ale alcoolicilor, câte odată şi asupra turburărilor de polinevrită, mai ales în cazurile mai recente. Vitamina B1 se dă pe cale parenterală în injencţii intramusculare sau intravenos; 20 mlg pe zi.

Dr. I. Gavrilă

O contribuţie la tratamentul anemiei pernicioase refractară hepatică, de *Dr. A. Buding*. (Din Secţia II boli interne a Spitalului Rudolf Virschov din Berlin, locţiitor diriginte medic: Prof. Dr. W. Schultz.) Deutsche Med. Wschr. 1941, Nr. 22, pag. 591.

Se referă la 2 cazuri de anemie pernicioasă refractară hepatică, complet asigurată din punct de vedere hematologic. Prin completarea injecţiunilor de extract hepatic cu Nicotilamid (Amidă de acid nicotinic), resp. Betabion (vitamină B1) s'a reuşit a înlătura criza reticulocitară şi în sfârşit a obţine o normalizare a tabloului sanguin. In ambele cazuri există probabil o avitaminoză latentă. Autorul explică intoleranţa faţă de tratamentul numai cu ficat prin aceea, că factorul antipernicios a fost oprit în acţiunea sa prin carenţa vitaminelor cu acţiunea catalizatoare.

Observaţiuni clinice asupra pelagrei şi tratamentului cu Amidă de acid nicotinic „Merck", de *Doc. Dr. H. Schröder* şi *Dr. Dramoff*. (Dela Clinica I Medicală a Universităţii din München; director: Prof. Dr. W. Stepp.) Deutsche Med Wschr. 1941, Nr. 27, pag. 726.

Pe baza observaţiunilor personale în Bulgaria, autorii referă despre simptomele clinice ale pelagrei, geneza şi vindecarea grabnică prin Nicotilamid (Amidă de acid nicotinic „Merck"). Din cazurile tipice ale pelagrei, cari au putut fi observate de autori, se descrie două mai amănunţit în prezenta lucrare (cu 5 tablouri). După administrarea de 200 mg Nicotilamid „Merck", zilnic intravenos, în unul din cazuri după 8 zile s'a putut constata o ameliorare pronunţată şi după 14 zile afecţiunile cutanate cât şi gastroenterita au dispărut Pacienta a mai primit încă alte 6 injecţiuni şi a putut părăsi clinica sănătoasă. Celalalt caz comunicat în lucrare a fost internat în clinică cu diagnoza psihoză pelagroasă, primind zilnic 100 mlg Nicotilamid „Merck", vindecându-se. In consecinţă, după 24 zile maladia acestor pacienţi, inclusiv turburările psihice, au fost complet vindecate.

Eupaverina pentru înlăturarea spasmelor grave musculare ale bronchiilor produse prin respirarea gazelor vătămătoare, de *Dr. phil. Dr. med F. Steigerwaldt*. (Dela Clinica I Medicală a Universităţii din München, Director: Prof. Dr. Stepp.) Klinische Wochenschr. 1941, Nr. 24, pag. 620.

Un pacient cu spasm grav muscular bronchial, provocat probabil prin respirarea de acid sulfuros, a fost internat în clinică. Administrarea medicamentelor cardiace, circulatorii şi astmatice nu au influenţat această gravă maladie. Nici respirarea oxigenului nu a produs o uşurare. Injecţiunea intravenoasă cu Eupaverină de 0,06 gr. a declanşat însă un efect surprinzător. Chiar în timpul injecţiunei stridorul a început a ceda şi ameliorarea a continuat încă în următoarea jumătate de oră.

La 2 ore după prima injecţiune s'a administrat din nou 0,03 de Eupaverină, după care pacientul n'a mai resimţit nimic. Mai înainte autorul a observat o influenţă favorabilă similară şi la un acces grav astmatic. El este de părere, că Eupaverina ar putea juca un rol important în tratamentul leziunilor gazelor de război.

Rezultate obţinute la cardiaci cu ajutorul spasmoanalgeticului Dolantin. De *W. Heydner*, Spit. Com. Nürnberg. (Fortschr. Ther. 1940, Nr. 1, pag. 33.)

Heydner încearcă în prealabil acţiunea antispasmodică a Dolantinului în spasmele şi colicele renale, precum şi ale porţiunii excretorii a aparatului urogenital şi a căilor biliare, controlând şi acţiunea analgetică-sedativă a Dolantinului în durerile postoperatorii. Apoi încercă acţiunea acestui medicament la cardiacii gravi, la cari numai sedativele puternice aveau efect. In decursul primului an de experimentare şi control, s'a constatat acţiunea favorabilă a Dolantinului în toate manifestaţiunile secundare provenite în urma stazei: dispnee, nelinişte, tuse, insomnii, etc. Tot astfel şi în durerile pectanginoase, încât opiaceele au fost înlocuite aproape complet, ceea ce înseamnă că au fost înlăturate manifestaţiunile secundare, ca şi vomismentele etc. Intr'un caz de insuficienţă aortică de origine sifilitică, în care bolnavul fusese obişnuit cu morfină, s'a ajuns la analgezia dorită graţie a 2 injecţii intramusculare de câte 2 cmc. Unei bolnave de miocardită de origine arteriosclerotică, i se aplică în decurs de 9 luni aproximativ 190 injecţii intramusculare cu Dolantin. Acţiunea medicamentului slăbi abia după 50 injecţii, astfel încât doza a fost mărită dela 2 la 3 cmc. Acţiunea hipnotică a Dolantinului, variază dela individ la individ. Unii bolnavi adorm imediat, alţii se liniştesc fără să adoarmă, chiar dacă au avut dureri înainte. Acţiunea sedativă se manifestă aproape întotdeauna, fără să apară însă stări de excitaţie ca şi după aplicarea opiaceelor. In unele cazuri se manifestă chiar şi o euferie uşoară. Unui bărbat în vârstă de 58 ani, cu spasme coronare persistente de 36 ore şi cari nu au fost nici măcar diminuate în urma aplicării de opiacee şi atropină, o

Perlatan-Calcium

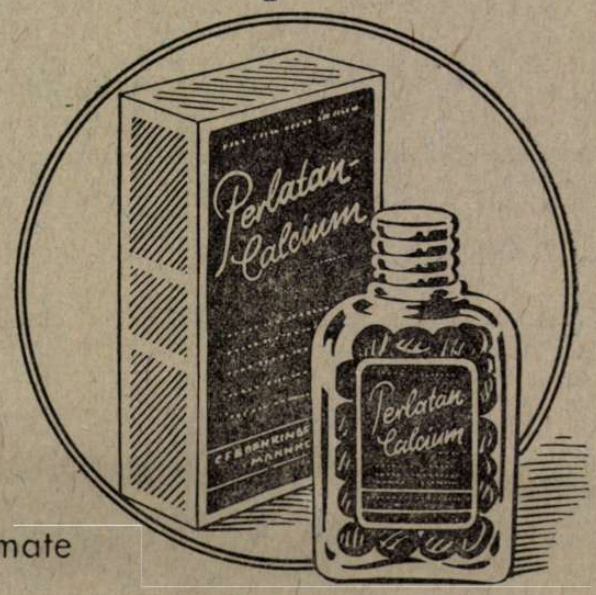
în turburările menopauzei

Compoziţie:

100 U. I. Perlatan
0,25 g Lactat de calciu
0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate



C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, Bucureşti III. Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Desinfectant intern al aparatului uro-genital

VESTIN Dr. Wander

Drageuri - Fiole injectabile - Pulbere

Antiseptic colorant pe bază de fenilazodiaminopiridină
Acţiune bactericidă intensă asupra gonococului, colibacilului etc.

Uretrite **Cistite** **Pielite** **Bacteriurie**

In turburări nervoase funcţionale şi organice

Neurastenie **Histerie** **Insomnie**

NEUPON Dr. Wander

Sirop şi drageuri

Regenerează ţesuturile nervoase şi calmează hiperexcitabilitatea sistemului nervos

---

B r o m o t e r a p i e

EPIBROL Dr. Wander

simplu şi efervescent

1 Tabletă conţine 1 gr. Polibromură
1—2 tablete disolvate în ½ pahar cu apă după mesele principale

---

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice
Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

singură injecţie de 2 cmc Dolantin cupează în decurs de 20 minute atât durerea insuportabilă, cât şi starea de excitaţiune. Intr'un alt caz similar, aplicarea de 2 cmc Dolantin subcutan calmează pentru scurtă durată durerea, care nu poate fi înlăturată complet decât în urma unei injecţii de 2 cmc Dolantin în 20 cmc ser glucozat 20%, aplicat intravenos. Bolnavul dormi 6 ore; astfel de crize nu s'au mai repetat. In aplicările intravenoase se recomandă injectarea lentă a Dolantinului diluat pentru a înlătura greaţa şi vomismentele. Heydner susţine că în aplicările intravenoase diluate, cât şi în injectarea subcutană, nu apar manifestaţiuni secundare de vreo importanţă. Chiar şi aceste tulburări au fost de natură uşoară şi de scurtă durată. Reinjectarea aceleaşi cantităţi se poate face fără nicio grijă, după 1—2 ore. Acţiunea rapidă a acestui medicament este caracteristică (10—15, maximum 25—30 minute). Aplicarea intravenoasă are acţiune imediată. Durata acţiunei Dolantinului este de obiceiu 3, în unele cazuri chiar de 8 ore. Pentru înlăturarea durerilor de natură uşoară se pot aplica şi supozitoare, sau tablete (1½—2 tablete). Atât tabletele, cât şi picăturile de Dolantin au o acţiune calmantă asupra tusei.

Dolantin în sughiţ. *Müller*, Köln-Sülz, Ther. Ggwt. 1941, Nr. 2, pag. 94.

Un bărbat de 47 de ani, care fusese tratat mai de mult pentru hipertonie şi turburări stenocardice se plângea acum de un sughiţ foarte chinuitor, care dura de mai bine de 24 de ore şi nu putea fi influenţat prin metode obişnuite. Omul mai suferise acum vreo 12—14 ani de asemenea crize, care duraseră mai multe zile. Se temea acum de „spasme sufocante", cum mai apăruseră ultima dată (în 1928). Tensiunea era de astă dată 225/150 mm Hg. In colo, afară de o stare de excitaţie puternică nu se puteau constata simptome speciale de boală. M. prescrie Luminal, câte 0,1 gr la fiecare 3 ore, până seara. In ciuda celorlalte metode împotriva meteorismului, pe care M. îl considera cauza sughiţului, acesta a persistat neschimbat. M. a prescris atunci atropină. Dar turburările nu făceau decât să crească; în ziua a 4-a au fost încercate medicamente mai puternice (alcaloizi ai opiului şi scopolamină); dar chiar în somn, sughiţul persista. In cele din urmă, în stare de veghe au survenit accese de sufocaţie ameninţătoare; injecţia de scopolamină + alcaloizi ai opiului + efedrină nu a adus linişte decât pentru 5 ore, după care sughiţul a reapărut mai violent. Acum, în a 7-a zi de boală, s'a dat 1 cmc de Dolantin subcutan (+ ¼ mgr scopolamină). Efectul s'a manifestat în cursul primelor ore următoare. Un acces mai moderat survenit în ziua următoare a fost înlăturat în 30 de minute cu 2 cmc de Dolantin (s. c.). Pentru siguranţă, în ziua următoare s'a mai făcut o injecţie de Dolantin. De atunci, de acum 10 luni, sughiţul a dispărut

*

INFECŢIOASE

Endocardită şi septicemie cauzate de bacili difterici. (Durch Diphteriebazillen verursachte Endokarditis und Sepsis). De *Dr. J. Calambos*. D. Med. Wschrt. 1941, Nr. 34, p. 929.

Se descrie un caz de difterie la o fetiţă de 5 ani, care în curs de 5 zile a făcut o endocardită ulceroasă acută la orificiul mitral, care apoi a sucombat cu fenomene de nefrită, bronchopneumonie, miocardită şi septicemie. In etiologie endocarditei trebue să avem în vedere şi bacilul difteric.

Asupra cercetării virulenţii bacililor difterici. (Zur Virulenzprüfung der Diphteriestaebchen). De *F. v. Bormann* şi *E. Kirchhöfer*. D. Med. Wschrt. 1941, Nr. 33, p. 901.

S'au inoculat, pe cale conjunctivală, 40 cobai şi 40 pisici cu 40 diferite surse de difterie şi anume o pisică şi un cobai cu aceeaşi sursă. Ambele specii de animale s'au comportat în ceea ce priveşte gravitatea reacţiunii în acelaşi fel, sursele patogene pentru cobai s'au dovedit patogene şi pentru pisici. Numai pisicile au reacţionat mai slab, ca şi unele animale mai puţin sensibile faţă de difterie, decât cobai, foarte sensibil faţă de această boală. Se trage concluzia din aceste cercetări concordante, făcute asupra a două specii de animale departe una de altă, că cercetarea virulenţii bacililor difterici în cazuri de purtător cronici, făcută de cobai, dă suficientă informaţie asupra patogenităţii sursei în cauză, în ceea ce priveşte omul.

Asupra rezultatului terapeutic a 3 diferite metode terapeutice în meningita epidemică. (Über die therapeutischen Erfolge von drei verschiedenen Behandlungsmethoden der epidemischen Meningitis), de *Helmuth Boehncke*. Rinderheilk 62,—1940, p. 29—36.

Letalitatea în meningita epidemică cu toată seroterapia a rămas neschimbată (aprox. 45%). Autorul compară 3 diferite metode terapeutice: 1. Tratament numai cu ser. 2 Ser + prontosil. 3 Ser + albucid. Din 44 cazuri tratate cu ser s'au viedecat 14 (= 31,8%), din 20 cu ser + prontosil 16 (= 80%), din 26 tratate cu ser + albucid s'au vindecat toate (= 100%). Albucidul pare a fi mai activ, decât prontosilul, lipsesc fenomenele de intoleranţă ale prontosilului, albucidul este injectabil în concentraţii mari intralombar, intravenos şi intramuscular.

Terapia şi diagnosticul specific al actinomicozei. (Spezifische Diagnostik und Therapie der Aktinomykose) de *E. Neuher*. Klin. Wochschr. 1940, p. 736—741.

Se expun metodele terapeutice şi diagnostice preconizate de autor în actinomicoză şi anume: tratamentul cu ser de convalescent, transfuziuni sangvine, autohemoterapie, imunizare activă cu vaccin, terapie nespecifică cu preparate de aur. Cu aceste metode de obiceiu se obţin rezutate bune.

Dr. I. Gavrilă

*

CHIRURGIE

Consideraţiuni asupra Dolantin-ului, noul analgezic şi spasmolitic. *F. Reisinger*, Viena, Spital der Barmherzigen-Brüder. Extras Wien. med. Wschr. 1940, Nr. 21, pag. 400

Intrebuinţând Dolantin, în doză de 2 cmc, administrat în injecţii intramusculare, Reisinger a reuşit să înlăture cele mai grave dureri, fără a înregistra niciun insucces. Durerile dispar după 10—20 minute, iar starea aceasta durează 4—8 ore. In cazurile în care administrarea subcutană sau intramusculară se dovedeau insuficiente, Dolantin a fost administrat şi intravenos, fiind injectat foarte încet. Dacă persoanelor cahectice li se injectează 2 cmc. intravenos, se pot observa ameţeli, paloare, toropeală şi transpiraţie; dar aceste fenomene pot fi evitate dacă doza de Dolantin se repartizează astfel: 1 cmc diluat, se injectează intravenos, iar 1 cmc intramuscular. La pacienţii prea slabi, doza intramusculară se fracţionează în două porţiuni de câte 1 cmc, care se injectează la câteva minute interval.

Iată câteva cazuri:

1. Bolnav în vârstă de 19 ani, cu sarcom testicular. Castrat unilateral, dar face metastaze. La început durerile au fost calmate cu morfină, dar acelaşi efect s'a obţinut cu Dolantin, injectat 1 cmc intravenos (injecţie foarte înceată) şi 1 cmc intramuscular. In cursul nopţii pacientul primeşte 2 tablete Dolantin.

2. Femeie de 57 ani, bolnavă de cancer pectoral. Şi în acest caz morfina a fost înlocuită cu Dolantin.

3. Durerile intense, în urma operaţiei unui flegmon au fost calmate prin câte 2 tablete Dolantin.

4. Durerile puternice din cursul afecţiunii panaritium ossale, sunt înlăturate cu 2 tablete Dolantin.

5. Unui pacient psihopat, cu accese de frică, i se administrează morfină şi devine morfinoman, Dolantin-ul injectat în doze frac-

ţionate 1 cmc intravenos (injecţie lentă) şi 1 cmc intramuscular, a calmat accesele şi a făcut morfina inutilă.

In cursul durerilor nevralgice, dureri de cap şi dinţi, în spasmele căilor urinare, precum şi în toate durerile postoperatorii, 1—2 tablete sau supozitoare de Dolantin au înlăturat durerea.

*

OBSTETRICĂ

Alinarea durerilor de naştere prin Dolantin. De *W. Benthin*, Königsberg. (Dtsch. med. Wschr. 1940, Nr. 28, pag. 760.)

Pentru a înlocui narcoticele generale (Avertină, Evipan-sodic etc.), care se întrebuinţau spre a alina durerile de naştere, Benthin a început în anul 1938 o serie de cercetări cu Dolantin, preparat care nu influenţează atât de mult starea de conştiinţă a pacientului. Dolantin aplicat singur, fără a fi nevoie să fie asociat cu Novalgin sau alţi compuşi asemănători, s'a dovedit foarte bun la un număr de 400 cazuri. Doza cea mai corespunzătoare pentru a obţine efectul dorit este de 100 mgr. de substanţă administrată în injecţiuni intramusculare şi două supozitoare de câte 100 mgr. Spre a evita vărsăturile, nu se administrează preparatul sub formă de tablete. Dozele preconizate pot fi administrate a doua oară după 3—5 ore, iar în cazul când naşterea durează şi mai mult, se pot repeta pentru a treia oară. In general, repetarea tratamentului nu a fost necesară decât foarte rar şi numai atunci când administrarea analgeticului nu s'a făcut în perioada de deschidere. In faza de expulzare sunt necesare numai doze mici de Dolantin. Dolantin nu modifică intensitatea durerilor şi de regulă contribue la scurgerea duratei naşterii. Sub influenţa Dolantinului, perioada post-partum evoluiază normal, iar desfacerea placentei urmează repede dacă se administrează Gravitol ca profilactic. Din totalul cazurilor tratate s'a constatat de 5 ori atonie uterină, care a fost însă uşor înlăturată printr'un tratament potrivit. Dolantin nu influenţează starea copilului, iar accidentele de asfixie (3,2%), şi moarte (1%), constatate în cursul observaţiunilor noastre, nu pot fi puse pe socoteala preparatului. Acţiunea Dolantinului se manifestă după 10—20 minute dela administrare şi se consideră superioară dacă analgezia e asociată cu o uşoară stare de hipnoză. In mod excepţional s'a constatat ineficacitatea acţiunii analgetice a Dolantinului, dar în aceste cazuri, dacă a fost nevoie, s'a administrat eter sau Evipan-sodic. Dolantin a atenuat eficace durerile şi a înlăturat frica de durere la femeile, care deşi au fost tratate cu morfină la naşterile anterioare, totuşi au suferit foarte mult.

*

GINECOLOGIE

Tratamentul avortului de *Doc. Dr. Med Ludwig Kraul* Din conferinţa în Bruck a. d. L. la 29 Octomvrie 1940 Wiener Klinische Wochenschrift 1940, Nr. 51, Pag. 1062.

Endometritis post avortum desvoltă deseori hemoragii de lungă durată ale cavităţilor uterine. Aceasta implică administrarea preparatelor de secală cornută. Foarte eficace s'a confirmat a fi administrarea hormonului folicular sau ca înlocuitor un preparat de stilben. Timp de 3—5 zile se va injecta zilnic 1 mg. hormon folicular sau unul din ultimele preparate. (Autorul menţionează între altele *Oestromenin*), Prin acestea se stimulează regenerarea mucoasei uterine. Numai rareori acest tratament nu produce rezultatul dorit, presupunând, că nu un mare rest al placentei împiedică vindecarea.

*

DERMATOLOGIE

Despre tabloul clinic al foliculitei eczematoase a vestibulului nasal la femei. (Über das Krankheitsbild der Folliculitis eczematosa vestibuli nasi bei Frauen) de *Klaus Goyert-Rostock.* Dermatologische Wochenschrift. Nr. 17, 1941, pag. 329.

Foliculita eczematoasă a vestibulului nasal, constitue la bărbaţi o complicaţiune destul de deasă a sicozei stafilogene a mustăţei (foliculita eczematoasă subnasală). Această foliculită eczematoasă poate surveni şi la femei, deşi f. rar, rămânând procesul limitat la vestibulul nasal.

Pentru a evidenţia cât mai bine şi în mod practic acest lucru, autorul expune observaţiunea clinică a unui caz de foliculită eczematoasă a vestibulului nasal la o femeie în vârstă de 40 de ani, la care afecţiunea data de peste 20 de ani.

Tratamentul psoriazei prin infiltraţie cu Novocaină. (Behandlung von Psoriasis mit Novocainbelastung) de *Dr. Imre J. Orsós.* Dermatologische Wochenschrift Nr. 17—1941, pag. 333.

Autorul întrebuinţând procedeul descris de Rupassov în 1933 prin blocarea nervilor cu Novocaină în tratamentul psoriazei, a obţinut rezultate bune în 32 de cazuri.

Această metodă constă în injecţiunea à 100 cm³ de soluţie novocaină 1/4% intracutan şi subcutan până la fascia musculară.

In toate cazurile tratate de autor prin infiltraţie cu novocaină, în niciunul n'a observat vreo recidivă a leziunilor psoriasice.

Tratamentul rozaceei feţei şi ochiului cu cortidyn. (Behandlung der Rosazea-Krankheitszustände des Gesichtes und Auges mit Cortidyn) de *Dr. A. Holste.* Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 20—1941, pag. 578.

Autorul este de părere, că în etio-patogenia rozaceei joacă mare rol tulburările glandelor endocrine. Ritter şi Wadel au atras atenţiunea asupra acţiunei terapeutice a extraselor de glandă suprarenală în rozacee.

Autorul a întrebuinţat în tratamentul rozaceei preparatul Cortidyn „Promonta", care este un extras standardizat al porţiunei corticale a capsulelor suprarenale. Administrarea preparatului s'a făcut tot a 2-a zi subcutan câte 1 cc. (5 unităţi corticodinamice la şoarece). Numărul injecţiunilor a variat după gravitatea cazului; în majoritatea cazurilor numărul injecţiunilor a variat între 12—22 de injecţiuni; în unele cazuri injecţiunile au fost administrate zilnic. Ca tratament local în unele cazuri nu s'a făcut nimic, în altele s'a aplicat un tratament indiferent.

Rezultatele terapeutice au fost prompte, excepţând la unii indivizi în vârstă înaintată (peste 65 de ani). Reacţii de intoleranţă nu s'au observat în niciun caz.

Bazat pe observaţiunile clinice făcu e, autorul conclude că tratamentul cu extras din corticala glandei suprarenale, este superior oricărei alte metode terapeutice aplicate în tratamentul rozaceei. *Dr. Liviu Modran*

*

VENEROLOGIE

Rezultatul unei cercetări asupra frecvenţei sifilisului şi schiţa unui program pentru combaterea lui în mediul rural de *Dr. Petru Râmneanţu.* Buletin Eugenic şi Biopolitic, Nr. 4—5—6, 1940.

Din comparaţia diferitelor statistici rezultă că frecvenţa sifilisului e mult mai mare, decât procentul celor care urmează un tratament antiluetic

Pentru a stabili frecvenţa sifilisului într'o regiune, autorul recomandă următoarea metodă: Investigaţia să se bazeze pe eşantioane de populaţie, care să fie reprezentative pentru regiunea respectivă, cercetarea să fie executată în cadrul familiei cuprinzând toţi membrii ei şi principalul mijloc de diagnostic să-l constitue sero-reacţiile.

Bazat pe 1293 de persoane, aparţinând comunelor din plăşile Baia de Arieş şi Iara judeţul Turda, cărora li s'a făcut sero-reacţia Wassermann şi reacţia de floculaţie Kahn la Institutul de Igienă din Cluj, autorul face următoarele constatări: Sero-reacţia a fost pozitivă în 11,06% din cazuri; femeile au dat un procent

de pozitivitate mai mare (12,05%) faţă de bărbaţi (9,98) Pe etate, atât la bărbaţi cât şi la femei, frecvenţa celor pozitivi e în continuă creştere, dela vârstele tinere spre cele înaintate. In familiile în care unul din soţi are sero-reacţiile pozitive şi altul negative, bărbaţii rămân negativi într'o proporţie mai urcată decât femeile.

La fârşit autorul cere ca Ministerul Sănătăţii să înceapă o luptă sistemetică antivenerică pe întreaga ţară Aceasta să se bazeze pe plăşile sanitare model, medicii igienişti şi casele de ocrotire. Mijlocul principal de depistare al bolnavilor să fie investigaţie epidemiologică, iar colaborarea surorilor de ocrotire să asigure continuitatea tratamentului. Să se constitue echipe volante, care să facă anchete, tratament şi propagandă în regiunile mai contaminate de boală.

Despre durata leucodermiei sifilitice, (Über die Dauer des Leucoderma syphiliticum) de *Prof. Dr. Richard Frühwald.* Dermatologische Wochenschrift, Nr. 16, 1941.

In literatura sifiligrafică este cunoscut faptul că leucodermia sifilitică nu apare niciodată mai repede de 3—4 luni dela infecţiune, apariţia ei e de obiceiu în primul an de boală şi după aceea persistă un timp destul de îndelungat şi variabil.

Atât apariţia, cât şi dispariţia leucodermiei este bruscă, aşa că observaţiunea duratei afecţiunei e f. greu de făcut; totuşi se apreciază durata leucodermiei sifilitice între 11—24 de ani.

Autorul face după acestea expunerea observaţiunei unui caz de leucodermie sifilitică, al cărei diagnostic l-a stabilit în 1915, când bolnava se afla în a 5 lună dela infecţiune, şi pe care revăzându-l în 1926, deci după 11 ani interval, a constatat încă persistenţa leziunilor leucodermice.

La sfârşit atrage atenţiunea asupra importanţei acestui simptom, pentru depistarea sifilisului.

Dr. Liviu Modran

*

NEUROLOGIE

Enuresia nocturnă — o avitaminoză. De Medic comunal *Dr. Karl Allmeder,* Viena—Hadersdorf. (Wiener Medizinische Wochenschrift 1941, Nr. 27, pag. 561.)

Autorul referă despre cercetările sale de aproape un an şi jumătate, în tratamentul Enuresiei nocturne cu vitamina B1. Prin aceasta a putut obţine în toate cazurile rezultate excelente. Copiilor mici până la vârsta de 5—6 ani li se administra zilnic o tabletă Betabion în trei părţi egale, copiilor între 7—10 ani 2 jumătăţi de Betabion tablete, iar copiilor mai mari 3 jumătăţi tablete zilnic. La cca 8 copii Enuresia a dispărut deja după un tratament de 3—4 zile, la 22 copii succesul a intervenit între a 5-a şi a 10-a noapte, iar la 3 copii abia după 21 nopţi, recidive nu s'au observat. Totuşi dacă s'ar produce o recidivă, se poate repeta terapia cu Betabion.

Rezultate obţinute în urma aplicării unui spasmolitic cu acţiune mio- şi neurotropă. De *E. K. Klein,* Spit. Elisab., Berlin. (Münch. Med. Wschr. 1939, Nr. 47, pag. 1674.)

Klein aplică Dolantin, caracterizat prin acţiunea sa analgetospasmolitică, în cazuri de colici renale şi hepatice. S'a obţinut de asemenea o analgezie şi în cazul unei pancreatite (cu colici). Acest medicament aplicat unui bolnav cu infarct al miocardului, urmat de o stare anginoasă gravă (2 cmc intravenos cu strofantină + caloroză), duce la o ameliorare pronunţată. Tot astfel, Dolantinul aplicat intravenos şi intramuscular într'un caz de embolie a arterelor mesenterice şi femurale, produce de asemenea o ameliorare importantă. Câte odată aplicarea intravenoasă a Dolantin-ului, duce la ameţeli uşoare, în schimb euforia produsă de acest medicament, este însemnată.

Despre acţiunea analgezică a Dolantinului. De *H. J. Kiessig* şi *G. Orzechowski,* Inst. Farm., Kiel. (Schmerz, Nark und Anästh. 1940, vol. 13, pag. 49.)

Pentru a controla experimental acţiunea analgezică a Dolantinului, s'a căutat întru cât Dolantinul poate suprima durerile, după excitarea electrică a pulpei dentare la câini. Cu această ocazie s'a constatat o diminuare netă a sensibilităţii dureroase datorită Dolantinului. Dolantinul are o acţiune asemănătoare cu a morfinei, deşi, calculată după greutate, aceasta este de 9—10 ori mai slabă decât a morfinei. Dacă se controlează Dolantinul cu o altă metodă — înlăturarea durerii după aplicarea unei cleme la rădăcina cozii la şoareci — atunci 30 mg pe kg de greutate sunt suficiente, pentru a suprima reacţia de apărare faţă de durerea provocată experimental, timp de 3/4 de oră şi pentru a alina durerea pentru încă o jumătate de oră. Au putut fi observate oarecari simptome centrale, ca fenomenul lui Straub la coada de şoarece, scâncet tare la câine, cu spasme uşoare, dar o acţiune narcotică netă nu a fost observată.

Tratamentul parkinsonismului la postencefalitici şi la bolnavi cu paralizie agitantă cu Dolantin. *F. Wiedemann,* Spit. Osnabrück Psych.-neurol. Wschr. 1941, Nr. 3, pag 28.

W. a dat Dolantin la 6 bolnavi cu turburări postencefalitice (Parkinsonism) cu rezultate extraordinar de bune. 5 bolnavi urmaseră deja o cură de belladonna (atropină), dar au găsit că Dolantin este mult mai agreabil decât preparatele de atropină. Două exemple:

1. G. R., născut în 1909. Gripă encefalică în 1919. Incapabil să muncească din 1929. La început şi stări de excitaţie, acum este obligat să stea în pat, de ani de zile. Frecvente spasme ale muşchilor oculari şi abdominali Bolnavul se vaită câte 6—12 ore fără întrerupere. Atropina ameliorează, dar nu înlătură spasmele. In timpul unei asemenea stări de spacsticitate, W. a injectat 100 mgr de Dolantin i. m. După 30 de minute spasmele au încetat. După 5 ore au revenit, dar o nouă injecţie de 100 mgr Dolantin le-a îndepărtat pentru 3 zile. Bolnavului i s'a părut că survin din nou spasme ale muşchilor oculari, însă administrarea a 2 tablete de Dolantin (= 50 mgr) a împiedicat apariţia spasmelor. De atunci se dă bolnavului regulat de 3 ori pe zi câte 25 de picături, iar după câtva timp numai 20 de picături (= 50 mgr). Bolnavul n'a avut nicio turburare timp de 3 săptămâni; la trei zile după suprimarea Dolantin-ului spasmele au revenit. Rigiditatea musculară a crescut din nou. Pentru a înlătura din nou turburările, de data aceasta a fost suficientă doza zilnică de 3 ori câte 15 picături de Dolantin.

2. W. W., născut în 1892 Gripă encefalică în 1917. Din 1918 rigiditate musculară şi tremurături, din 1929 incapacitate completă de a lucra. Internat din 1935: ridoare accentuată a musculaturei braţelor, transpiraţii profuze, rigiditatea măştii, vorbire dificilă. Ameliorare trecătoare în 1934 după o cură cu belladonna. In 1940 din nou turburări mari, chiar mai mari ca în trecut, cu stări de excitaţie cu atentate asupra celor din jurul său. Tratament: zilnic doze crescânde de Dolantin de trei ori pe zi, dela 10—25 picături. Ca urmare, diminuarea rigidităţii musculare, ţinută mai bună (flexiune anterioară 10°, înainte 25°). Ameliorarea se menţine şi după ce doza zilnică a fost redusă la de 3 ori pe zi 15 picături.

Şi la ceilalţi bolnavi Dolantin a produs o ameliorare, permiţându-le să se ocupe de treburile casnice. Ca cea mai bună doză se consideră de 3×5, apoi crescând până la 3×10, cel mult 3×40 de picături. Şi paralizia agitantă, tremurăturile si rigiditatea musculară au fost ameliorate; Dolantin a fost superior altor preparate în aceste cazuri. O sensaţie de apăsare în cap şi de 2 ori uscăciune moderată a gurei au fost singurele fenomene accesorii după dozele ceva prea mari.

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVA
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREŞTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

OFTALMOLOGIE*)

Les conjonctivites papillaires vraies et fausses. De *Emmannuel Cornet.* Annales d'oculistique, 2, 1939. Pag. 100.

Autorul împarte conjunctivitele papilare în două grupe: I. Conjunctivitele papilare adevărate, în care papilele nu pot fi strivite nici cu cureta; II. conjunctivitele papilare false sau pseudo-papilare, în care papilele pot fi strivite sub presiunea mecanică a unei comprese sterile.

Prima grupă cuprinde: *a)* conjunctivita papilară primăvăratică (conjunctivita vegetantă cu recrudescendenţă, după Ferson) e atribuită după Lagrange la tulburări endocrine, după Wood la o carenţă calcică, după Ferrari ar fi legată de un syndrom hipo-suprarenogenital, iar după şcoala americană ar fi consecutivă unor fenomene de alergie. Prezintă vegetaţii cu vârful net turtit, formând un pavaj caracteristic pe un fond roz palid fără caracter inflam. *b)* Conjunctivita papilară sifilitică (Cornet), conjunctivita granulară sifilitică (Goldzieher) cu papile ce seamănă cu cele dela conj. primăvăratică, însă apar mai turgescente şi mai exuberante dând un aspect inflamator. Tratamentul antispecific eficace. *c)* Conjunctivita papilară secundară, consecutivă unei iritaţii conjunctivale sau a căilor lacrimale cu o stază papilară inflamatorie, ce dispare prin supresia cauzei.

A doua grupă cuprinde: *a)* trachomul infiltra-pseudo-papilar, cu papile ce se detaşează uşor prin masajul cu o compresă sterilă lăsând o conjunctivă netedă. Poate prezenta panus şi ocele. *b)* Trachomul granulo-pseudo-papilar, are mai mult decât prima grupă foliculi trachomatoşi tip, în fundul de sac super. cu sau fără panus şi ocele.

Comportamente della reazione vasomotoria della congiuntiva alle varie irradiazioni luminose sotto l'azione di sostanze fotodinamiche istillate nel fornice. De *Emma Trovati.* Annali di ottalmologia e clinica oculistica. 8, 1939. Pag. 561.

Se studiază în acest articol modificările conjunctivei bulbare la diferitele iradiaţiuni luminoase (lumina zilei, lumina artificială dată de o lampă electrică de 100 luminări-putere, lumina ultravioletelor); de asemenea se cercetează reacţiunea vasomotorie a aceleiaşi conjunctive sub acţiunea unor substanţe fotodinamice instilate în unghiul intern al ochiului (albastru de methyl, eosină, benzofluorină, ematoporfirină, biclorhidrat de chinină). Soluţiile întrebuinţate au fost de $^1/_{10000}$, $^1/_{1000}$, 0,5, instilându-se câte 2 pic. în unghiul intern al ochiului la om şi la epure, după care subiectele erau iradiate dela 3—30 minute.

Reacţia fotodinamică nu ar fi alta decât o absorbţie de energie luminoasă din partea ţesuturilor mai înainte sensibilizate de unele substanţe cari ar avea proprietatea de a fi fluorescente. Substanţele fotodinamice au proprietatea de a determina o serie de procese reacţionale când subiectul este expus la lumină.

Intensitatea acestor procese este în raport direct cu natura sursei luminoase, cu durata iradiaţiei şi cu intensitatea luminoasă.

Se constată că aceste substanţe fotodinamice accentuiază fenomenele reacţionale hiperemice ale conjunctivitei bulbare (lăcrămarea, fotofobia), ce le provoacă iradiaţiile. Astfel Birsch Hirschfeld obţine rezultate bune în keratitele scrofuloase şi ulcere serpinginoase prin iradiaţii cu ultraviolete pe ochi în care se instilează anterior fluoresceină.

In condiţii normale nu se observă modificări conjunctivale sub acţiunea razelor solare, cu toate că lumina solară e destul de bogată în raze ultraviolete; de îndată ce administrăm o substanţă fotodinamică se observă lăcrămare, fotofobie, hiperemie conj, sensaţia de căldură ce se accentuiază din ce în ce. Autorul admite ipoteza că se poate determina reacţiuni speciale ale conj. sub influenţa iradiaţiilor asociate cu subs. fotodinamice.

Tooke T. Fr.: **A case of aleukaemic limphosis involving the upper lids. With pathological findings.** Britisch Journal of Ophtalm. 7. 1939. Pag. 444.

Observaţia clinică şi anatomo-patologică a unui caz cu tumori limfatice palpebrale ce coincideau cu adenopatii generalizate şi modificări ale formulei sanguine fără hiperleucocitoză leucemică (elemente limfoblastice nemature, 63% limfocite, 5600 leucocite totale pe mmc.) Procesul interesa măduva osoasă, splina, ganglionii şi putea fi considerat ca având un caracter intermediar între leucemia limfatică şi limfosarcomatoza (nici localizarea oculară neobişnuită, nici imaginea sanguină nu erau caracteristice pentru vreuna din aceste 2 afecţiuni). Tratamentul radioterapic a adus o foarte mare ameliorare (topirea nodulilor tumorali) locală însă, căci generalizarea a prosperat şi starea generală s'a agravat tot mai mult.

L. H. Savin **A note on three cases shewing „crocodile tears" after facial paralysis.** British Journal of Ophtalmology. 7. 1939. Pag. 479.

Lăcrămarea unui ochiu în timpul mâncării presupune o excitare anormală a secreţiei lacrimale simultan cu secreţia salivară In cele 3 cazuri analizate, fenomenele au apărut în urma unei paralizii faciale. O parte din fibrele secretorii lacrimale trec la glandă prin ganglionul geniculat, marele pietros superficial, ganglionul lui Meckel şi de aici prin ramurile sfeno-palatine, tempore-maxilare prin ramul comunicant al acestora, eventual direct din ganglionul lui Meckel. Fibrele secretorii ale parotidei trec prin ganglionul geniculat, prin ramura comunicantă, la nervul mic pietros superficial, apoi la ganglionul etic de unde prin n. auriculo-temporal ajung la glandă. In leziunile facialului, regenerarea fibrelor lezate poate aduce o deviare a fibrelor secretorii salivare regenerate către căile lacrimale şi deci să producă lăcrămare concomitent cu secreţia glandei parotidă. La fel se explică diverse synchinezii în timpul închiderii ochilor. Ca tratament s'a propus excizia porţiunii palpebrale a gl. lacrimale, blocarea temporară a ganglionului lui Meckel (prin cocainizarea prin tamponare a mucoasei între capul post. al cornetului mijlociu şi peretele lateral al nasului). O blocare permanentă s'ar face prin infiltrare cu alcool. Practic blocarea cu cocaină nu a reuşit în toate cazurile în care a fost încercată.

Secr. Gen. Drd Covali Nic.

*) Cercul de referate al Clinicei Oftalmologice din Iaşi. — Şedinţa din 27 Mai 1941.

Note și informațiuni

In Monitorul Oficial Nr. 208 din 3 Sept. 1941, a fost publicată următoarea Decizie Ministerială Nr. 46.846 din 23 August 1941:

Noi, Prof. Dr. Petre Tomescu, ministru secretar de Stat la Departamentul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale,

Având în vedere hotărârile din 19 August 1941, ale Comisiunii Centrale pentru prevenirea și combaterea bolilor contagioase,

D e c i d e m:

Art. I. Se înființează pe lângă fiecare serviciu sanitar de județ câte un birou epidemic civilo-militar, compus din:

Prefectul județului sau un delegat al său.

Medicul primar al județului.

Un medic delegat al Serviciului Sanitar al Armatei.

Medicul șef al municipiului sau orașului de reședință.

Un medic de spital, de preferință specialist în boli contagioase.

Medicul laboratorului, acolo unde există.

Un delegat al primăriei municipiului sau orașului de reședință.

Un inginer din serviciile tehnice oficiale.

Un funcționar dela Serviciul Sanitar al jud. de reședință, ca secretar.

In orașele sedii ale Inspectoratelor generale sanitare, face parte din birou și Inspectorul general sanitar.

Atribuțiunile biroului epidemic civilo-militar, sunt:

a) De a centraliza toate datele cu privire la bolile contagioase grave de pe teritoriul județului, în care scop se vor primi prin Serviciul sanitar al județului respectiv, în conformitate cu ordinul circular Nr. 41.335 din 4 August a. c., toate datele cu privire la febra tifoidă, febra recurentă, meningita cerebro-spinală, tifus-exantematic, variolă, ciumă și holeră;

b) De a comunica aceste date prin Inspectoratul General Sanitar respectiv, Biroul epidemic civilo-militar dela sediul Inspectoratului;

c) De a stabili schimb de informații cu privire la bolile contagioase menționate la alin. a, prin serviciile sanitare cu birourile epidemice civilo-militare ale județelor limitrofe;

d) De a stabili măsurile de prevenire și combatere ce trebuesc luate;

e) De a asigura colaborarea aplicării pe teren a măsurilor de profilaxie și combatere.

In Monitorul Oficial Nr. 213 din 9 Sept. 1941 a fost publicată Deciziunea Ministerială Nr. 51.101 din 3 Sept. 1941, prin care Colegiul Medicilor din România va controla în viitor și practica dentisticei reduse în țară.

Prin Decizia Ministerială Nr. 53.549 din 11 Sept. 1941 atribuțiunile prevăzute de legea sanitară ale Institutului de Igienă din Iași, se extind și asupra Basarabiei și Bucovinei recucerite.

D-l Prof. Dr. I. Bălteanu, directorul Institutului de Igienă din Iași și inspector general sanitar tehnic, a fost delegat cu supravegherea lucrărilor de organizare sanitară, precum și cu îndrumarea acțiunii sanitare în deosebi în ceea ce privește prevenirea și combaterea epidemiilor din aceste provincii.

Prin Decizia ministerială Nr. 53.274 din 10 Sept. 1941, d-l Dr. Eugen Suciu, medic primar radiolog, definitiv, cu o vechime mai mare de 10 ani în funcțiune, se deleagă, pe timp de 4 ani, inspector general sanitar onorific de radiologie.

In aceasta calitate d-sa va controla și supraveghea activitatea tehnică a întregului personal sanitar din specialitatea radiologie, aparținând ministerului, precum și instituțiunile sanitare ce sunt sub supravegherea acestui minister din cuprinsul Inspectoratelor generale sanitare Timișoara, Sibiu și Alba-Iulia.

Prin Decizia Ministerială înreg. la Nr. 70.329 din 29 August 1941, Ministerul Economiei Naționale a dat delegație specială de a constata prin proces verbal abaterile la Decretul Lege Nr. 1706/1940, pentru colectarea și folosirea lânei indigene, la următorii medici:

Inspectori sanitari și comunali, medici de județe, de plasă și de spital.

In Monitorul Oficial Nr. 223 din 20 Sept. 1941 a fost publicat vacant un post de medic de laborator la Spitalul Azuga, retribuit cu suma de Lei 8.800·— lunar.

Doritorii de a ocupa postul vor adresa cereri însoțite de acte în specialitate, Direcției Generale a Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, Direcția personalului, B-dul Carol Nr. 33, București.

Prin Decizia Ministerială Nr. 56.751 din 20 Sept. 1941, județele: Baia, Botoșani și Dorohoi, care făceau parte din fostul Inspectorat general sanitar Suceava, se trec la Inspectoratul General Sanitar Iași.

In cuprinsul Inspectoratului General Sanitar Sibiu sunt vacante următoarele posturi de medici:

3 posturi de medici de circ. rurale
3 „ „ „ „ urbane
1 post de medic şef de laborator
1 „ „ de dispensar
7 posturi de medici interni
1 post de medic secundar
1 post de medic primar.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacţie

Wiener Klinische Wochenschrift. Nr. 34. vom 22. August 1941.

Ueber „Versorgung frischer Zufallswunden": W. Ehalt.

Die Zusammenarbeit der Universitätslektoren für Sprachtechnik mit dem Spracharzt: G. Arnold.

Ein Fall von Urogenitaltuberkulose: H. Kutschera-Aichbergen.

Nr. 35. vom 29. August 1941.

Fokalinfektion (vom klinischen Standpunkt aus gesehen): W. H. Veil.

Beitrag zur Klinik der Ischialgie: M. Schöpe.

Der Metallsucher, ein neuartiges Hilfsmittel für die Kriegschirurgie: W. Kärsten.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 33. vom 15. August 1941.

Die Behandlung der Schussverletzungen der periphären Nerven: Stender.

Zur Morphologie der chemischen Krebserzeugung: Himperl.

Zur Frage der Beweglichmachung versteifter Gelenke: Hackenbroch.

Das C-Vitamin in der Hagebutte und seine Verwertung im menschlichen Organismus: Pezold.

Intrasternale Seruminjektion bei maligner Diphterie: Schöne.

Durch Diphteriebazillen verursachte Endokarditis und Sepsis: Galambos.

Die Diphterie in der Düsseldorfer Kinderklinik seit Einführung der aktiven Immunisierung: Goebel.

Traumatische Parenchyschädigungen der Leber: Thomae.

Nr. 34. vom 22. August 1941.

Grundzüge der Therapie der Arterioklerose: Munk.

Die „sogenante" Dekompensation des Kreislaufs: Meyer.

Über den sozialärztlichen Dienst für Herzkranke: Kroetz.

Zur versicherungsmedizinischen Anzeigenstellung des Bäderheilverfahrens bei Herzkranken: Stroomann.

Zur Virulenzprüfung der Diphteriestäbchen: v. Bormann.

Tellurvergiftung: Haring

Ein Fall von Knochenerweichung infolge Störungen der Kalkresorption Ferenczi.

Nikotin und Koronarerkrankungen: Gaede.

Schweizerischen Medizinische Wochenschrift. Nr. 33. vom 16. August 1941.

Über der biologische Bedeutung der Mineralstoffe insbesondere der Spurenelemente: B. Flaschenträger.

Die Genitalblutung als Zeichen Gynäkologischer Erkrankungen: H. von Wattenwyl.

Le traitement de la rhinite spasmodique par la désensibilisation générale non spécifique: P. de Gunten.

Abces gangréneux du poumon traité par bronchoscopie et huile de foie de morue in situ: P. de Gunten et. A. Miège.

Zur Behandlung der doppelseitigen Rekurrenslähmung: H. Vetter.

Nr. 34. vom 23. August 1941.

Les cancers de la peau. Etude anatomo-clinique: E. Ramel.

Der Hautkrebs: G. Miescher.

Die Chirurgie in der Behandlung der bösartigen Geschwülste der Haut: O. Schürch.

Zur Histogenese der Basaliome: A. v. Albertini.

Erfahrungen über die Behandlung von Röntgen-und Radiumkrebs: Paul Pfähler.

Epithelioma Malherbe: A. v. Albertini.

Untersuchungen über Krebsmetastasen: Hans E. Walther.

Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Benzpyrengehalt und der karzinogenen Wirkung des Teers: G. Miescher, F. Almasy und F. Zehender.

Nr. 35. vom 30. August 1941.

Anorexia mentalis und Simmondssche Krankheit: M. Roch und Marcel Monnier.

Über Antihormone: Charles A. Joel.

Kreislaufkollaps, temporäre Anurie und extrarenale Azotämie: Otto Spühler und Hans U. Zollinger.

Einige Bemerkungen über den Mineralstoffwechsel und über Halovis, das mineralische Roborans: A. Ulrich.

Indications majeures et mineures des injections intravenieuses de sang conserve universal: Roger Fischer.

Die Medizinische Welt. Nr. 33. vom 16. August 1941.

Praecancerosen: Prof. Dr. M. Staemler.

Einiges zur Technik der Sensibilitätsprüfung: Dr. H. Haenel.

Zum Verlauf und zur Prognose des Pemphigus vulgaris: Dr. Mayer zu Schweicheln.

Curtrosa-Trockensalbe bei der Behandlung der Psoriasis: Dr. W. Söchting.

Über Ertrinkungs-und Badetod: Prof. Dr. B. Mueller.

Nr. 34. vom 23. August 1941.

Praecancerosen: Prof. Dr. M. Staemler.

Über Konstitutionsfragen: Dr. J. A. Schneider.

Gastritis-und Ulcusbehandlung mit Milcheiweiss: Dr. H. Weychert.

Aerzte als Historiker in der Antike: Dr. med. habil Esser und Dr. phil. A. albert.

Nr. 35. vom 30. August 1941.

Neuere Auffassungen über lymphatische Systemaffektionen und deren Diagnose durch Sternalpunktion: Dr. G. Hansen.

Über Konstitutionsfragen: Dr. J. A. Schneider.

Gefahren des Pervitinmissbrauchs: Dr. H. Auerwald und Dr. R. Briken.

Beitrag zur Behandlung von Diabetikern im Kurort: Dr. H. Ronge.

Geistige Ausgrabungen: Generalarzt a. D. Dr. F. Buttersack.

Fortschritte der Therapie. Reft 8. August 1941.

Röntgentiefenbestrahlung des Mal perforant bei Tabes dorsalis: R. Brett.

Die Meralgia paraesthetica und ihre Behandlung: G. Giehm.

Zur Behandlung mit Vitamin B1: J. Hild.

Neuartige Behandlung von Neuralgien und Neuritiden: W. Tigges.

Hippokrates. Nr. 33. vom 14. August 1941.

Die Bedeutung des unspezifischen Reizes bei der Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose: Wegener-Winkler.

Kausale oder symptomatische Therapie der Schlaflosigkeit: Reckeweg.

Natriumhyposulfit gegen Zyankalivergiftung: Ruez.

Die Kühllagerung und Gefrierung des Fleisches: Koritnig.

Hahnemann und Goethe, ein erkenntnistheoretischer Versuch: Sieckmann,

Die Versorgung der nervenverletzten Soldaten: Vogel.

Zur konservativen Behandlung gutartiger Tumoren: Schmegg.

Vitamin C und Armeesport: Brunner.

Nr. 34. vom 21. August 1941.

Betrachtungen zur Schulmedizin: Curschmann.

Betrachtungen zur Naturheilkunde: Brauchle.

Die Bedeutung des unspezifischen Reizes bei der Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose: Winkler und Wegener.

Über die Schädlichkeit zu lang ausgedehnter Sonnenbäder: Kramer Hahnemann und Goethe, Bieckmann.

Aus der psychoterapeutischen Praxis: Heyer.

Das Vitamin K in der Chirurgie: Meurer und Zenker.

Allgemeine Betrachtungen zur Kurzwellentherapie: Schliephacke.

Die achvlische Chloränämie oder essentielle hypodrome Anämie: Schultz.

Nr. 35. vom 28. August 1941.

Paracelsus- der Arzt von heute: Stähle.

Veränderung unserer N hrung durch Hitzezubereitung und ihre Beurteilung für die esundheit: Dienst.

Aus der psychotherapeutischen Praxis: Heyer.

Kriegschirurgie vor 2(0 Jahren: Krauss.

Ehrung des grossen Deutschen, des Arztes Paracelsus: Schad.

Der Landarzt. Nr. 32. vom 6. August 1941.

Traubenkueren, ihre Heilanzeigen und praktische Durchführung: Willy Weitzel.

Nr. 33. vom 13. August 1941.

Richtlinien zur Behandlung des fieberhaften Aborts: Dr. K. W Dryden.

Traubenkuren, ihre Heilanzeigen und praktische Durchführung: Willy Weitzel.

Vollkornbrot jetzt und ind der Zukunft: Dr. med B. Gondolatsch.

Nr. 34. yom 20. Aupust 1941.

Die Grundlagen der Homöopathie: Dr. med. Erich Haehl.

Folia Therapeutica. Heft 5. 1941.

Folia Therapeutica. Heft 6. 1941.

Folia Therapeutica. Heft 7. 1941.

Folia Therapeutica. Heft 8. 1941.

ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE

Dubois

drageuri *picături*

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES DUBOIS 16 Bld. PERRIER, PARIS 17e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE

Dubois

picături *fiole*

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANȚĂ

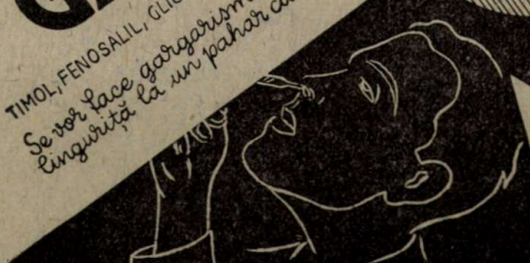
Mostre medicale la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREȘTI IV

AMIGDALITE
CRONICE ȘI ACUTE
LARINGITE, FARINGITE
STOMATITE, GINGIVITE

GARGARISME

TIMOL, FENOSALIL, GLICERINĂ, ALCOOL DE MENTĂ

Se vor face gargarisme cu o linguriță la un pahar cu apă



CHAUVIN

TOATE INFLAMAȚIUNILE NASULUI, A FARINGELUI NASAL ȘI BUCAL

ANTISEPTOL

RHINOFARINGITE, SINUZITE, HIPERTROFIA CORNETELOR, VEGETAȚIUNI ADENOIDE, OTITE

MENTOL, CAMFOR, EUCALIPTOL
CLORETON, OL. PARAFFINIq.s.

Se va picura de 2-3 ori pe zi câteva guțe în fiecare nară.

Mostre gratuite la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREȘTI IV

Pervitin

1 phenil - 2 methyl - amino propan

Hypotonie și Collaps circulator

după operații și boli infecțioase

Stimulent psihic

în depresiuni, psihoze și narkolepsie

Analeptic puternic

pentru deșteptarea din narcoze și intoxicații grave

Temmler Werke, Berlin

Brosedan

Sedativ, lichid cu brom și drojdie de bere

Terapia bromică fără efecte secundare!

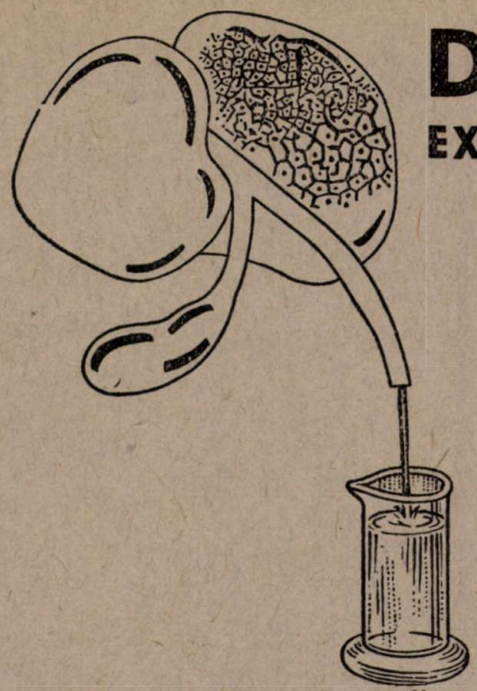
Brosedan ușor de amestecat în alimente, ușurează administrarea dietei achlorurate

Brosedan e inofensiv, ușor de administrat și cu acțiune durabilă

Indicații: stări de iritabilitate, tireotoxicoze, turburări climacterice, hypertonie, maladia razelor.

Temmler Werke, Berlin

Pentru România: **Dr. Alexandru Radu, Bucureşti 3,** Str. Sofia 30



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC

J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK

BUCUREŞTI 3, STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

Redacţionale

Toată corespondenţa referitoare la chestiuni de redacţie şi administraţie se va adresa: Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale şi articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăşi 6 pagini de revistă. Costul tiparului peste 8 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul şi un mic rezumat în româneşte, franţuzeşte şi nemţeşte.

Costul extraselor îl priveşte pe autor şi jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică şi polemică ce vizează persoane, ca şi articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din ţară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în româneşte, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina şi anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clişeelor priveşte pe autori şi vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 400. Pentru autorităţi 600 Lei. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poştale pe adresa: Administraţia Ardealul Medical, Clinica ginecologică şi obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Casierul Revistei este d-l Dr. O. Fodor.

Domnii abonaţi sunt rugaţi să anunţe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînţelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunţurile se angajează direct prin Administraţia revistei cu tariful următor:

1 pagină odată 3.000, 3 ori 8.000, 6 ori 15.000, 12 ori 25.000 Lei
1/2 „ „ 2.000, „ 5.000, „ 8.000, „ 15.000 „

Pentru encartage se plăteşte 1 Leu de fiecare inserat.
Pentru anunţuri plasate pe pagina recto se socoteşte un plus de 30%.
Pentru anunţuri periodice (băi, staţ. balneare, staţ. climaterice etc.) se plăteşte un plus de 50%.

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOC
MENINGOCOC
GONOCOC
STREPTOCOC
STAFILOCOC

693 Dagénan

SULFAPIRIDINĂ
α (P. amino-benzen sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50 g

doza medie la adult în primele zile:

3 grame, şi mai mult în cazurile grave, şi anume în doze fracţionate de câte o jumătate de comprimat.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC Frres & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

Propaganda Medicală: „Specia", Strada Anastasie Simu 6 — Bucureşti

Anul I. Nr. 10. Octomvrie 1941.

ASOCIAȚIA SIBIIU

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu Inspectoratului General Sanitar Sibiu şi al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:
Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacţie:
Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACŢIE:
Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Haţieganu, Dr. L. Ionaşiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiţia, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof Dr. E. Ţeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj—Sibiu, str. Haller Nr. 1
Telefon 45

SUMARUL:

Articole ştiinţifice:

Prof. Dr. D. Michail şi Dr. Lavinia Păcurariu: Cheratita trahomatoasă experimentală Pag. 343
Dr. T. Petrescu şi Dr. I. Duca: Consideraţiuni clinice asupra cancerului desvoltat pe bontul uterin . . . . . „ 354
Dr. Virgil Stanciu: Forma pseudo-litiazică a cancerului pancreatic. . . . . „ 356
Dr. Petre Ţârlea: Accidentele salvarsanice . . . . . „ 358
Conf. Dr. I. Gavrilă: Parotidita în febra tifoidă . . . . . „ 364

Probleme terapeutice:

Dr. Nicolaus Kleitsch: Contribuţiuni la tratamentul plăgilor pulmonare prin armă de foc „ 366
Dr. L. Dragomir şi Dr. Al Retezeanu: Tratamentul stărilor depresive cu Pervitin . „ 367
Dr. Ioan Şerbu: Consideraţiuni asupra malarioterapiei, malariorezistenţei şi piretoterapiei prin levură de bere în paralizia generală . . . . . „ 370

Organizare sanitară de război

Spitalele de răniţi din Sibiu . . . . . „ 372

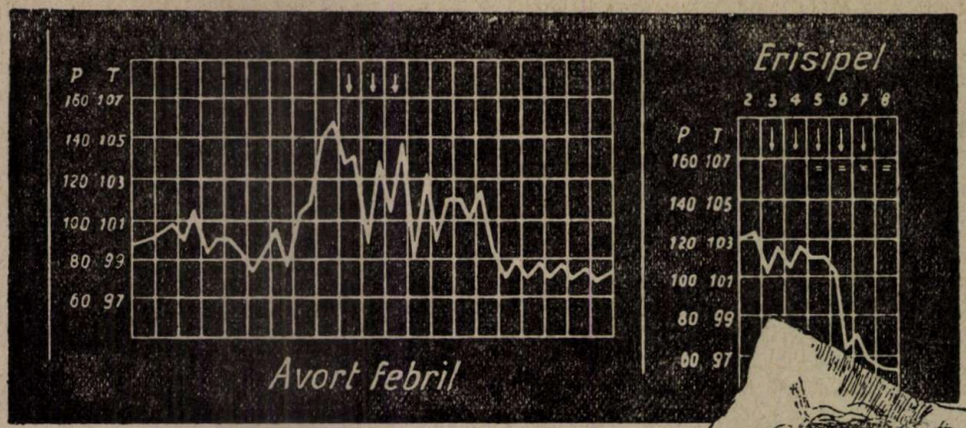
Revista revistelor . . . . . „ 375

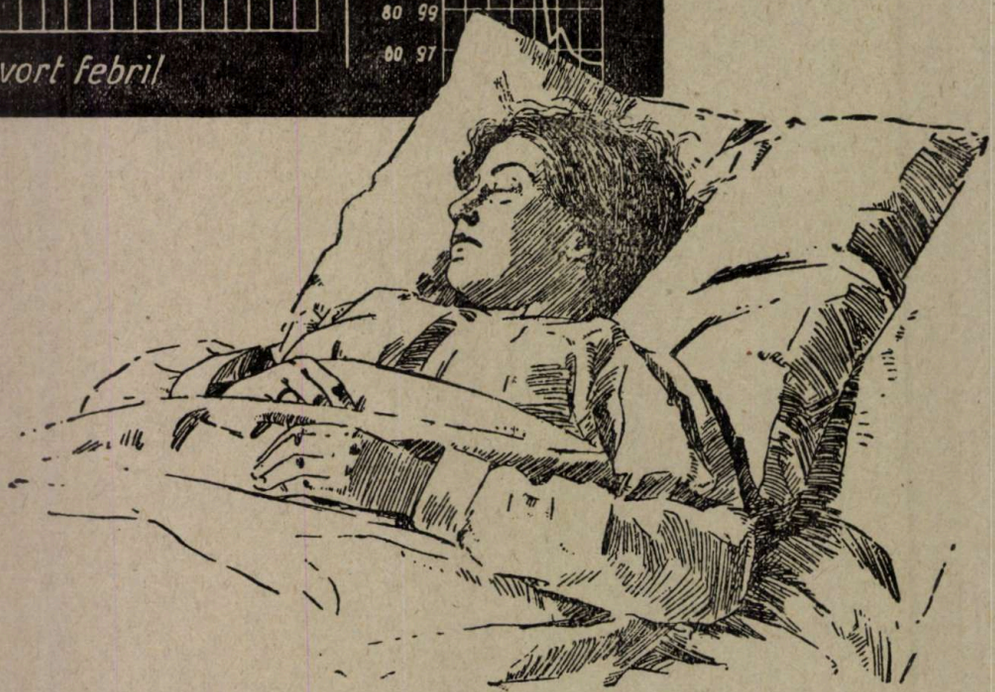
Note şi informaţiuni . . . . . „ 378

Decrete legi şi decizii Ministeriale. — Concurs. — Posturi vacante . . . . . .

Bibliografie . . . . . „ 380

Inscrisă la Tribunalul Sibiu, Secţia II-a, sub Nr. Fl. 47/1941. — Tipografia „DACIA TRAIANĂ“ S. A., Sibiu





Prontosil

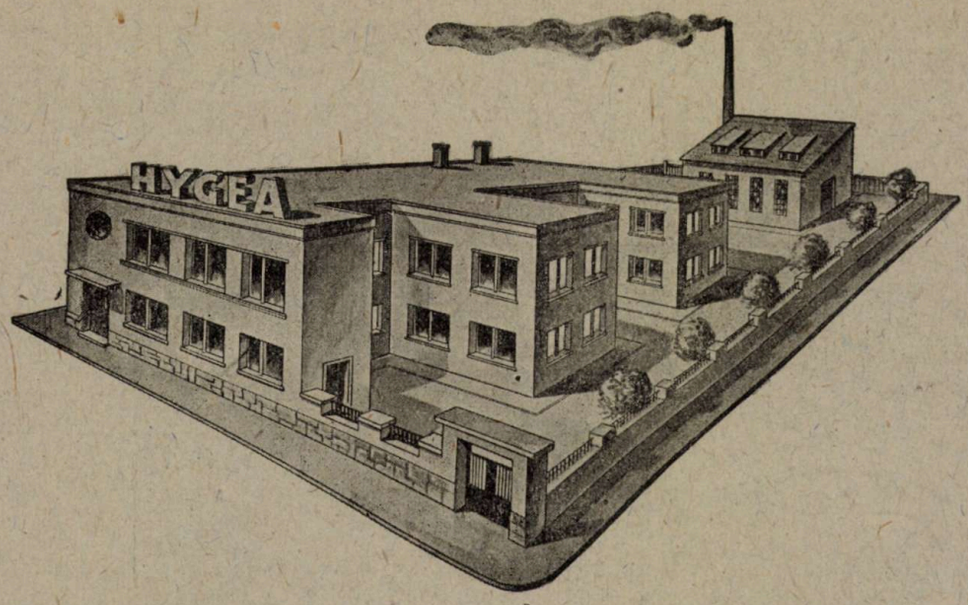
In toate Infecţiunile streptococice. Activ şi în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important, în erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale în România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti I., Str. Brezoianu 53. Telefon: 3-92.86.



CLUJ

MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-aethanol-dioxybensol-formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor parazitare

SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. menthae & phoeniculi

Gastrite, Intoxicaţiuni alimentare, Constipaţii acute şi cronice

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfamido-chrisoidină
0,10 p-Aminobenzen-sulfamidă

Septicemii

FABRICA HYGEA-CLUJ, S. A. R.

BUCUREŞTI,

PENTRU PRODUSE CHIMICE ŞI FARMACEUTICE

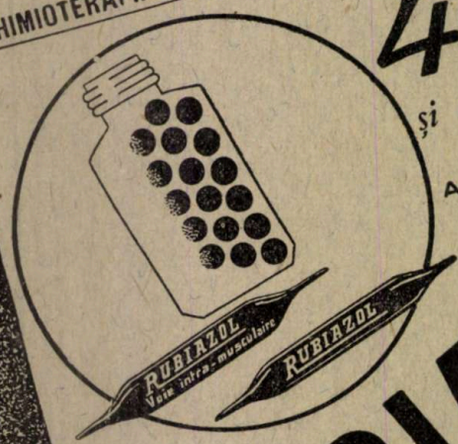
Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCIILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL

COLORANT AZOIC

este CEL MAI ACTIV și COMPLECT ATOXIC

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole

LABORATOIRES DR ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

Anul I. Octomvrie 1941 Nr. 10

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Articole ştiinţifice

Cheratita trahomatoasă experimentală

de

Profesor **Dr. D. Michail** şi **Dr. Lavinia Păcurariu**, Asistent

In raportul referitor la „Etiologia, contagiozitatea, studiul experimental şi anatomia patologică a trahomului", pe care unul dintre noi l-a prezentat la primul congres al Societăţii române de oftalmologie, din Mai 1924, la Bucureşti, ajungea la concluzia următoare: „Din acest studiu rapid aş dori să se desprindă cu deosebire concluzia că, deşi noţiunile ştiinţifice actuale asupra trahomului sunt încă departe de a fi puse la punct, progresele realizate cu totul recent prin studiul său experimental şi anatomo-patologic ne lasă totuşi să întrevedem tabloul optimist al soluţionărei sale definitive. Drept concluzie ţin încă să adaog, că în momentul de faţă, în care capitolele clinicei şi istologiei trahomului au ajuns să aibă încadrarea lor aproape perfectă, singurele cercetări cari vor avea menirea să rezolve problema trahomului într'un mod complet şi definitiv vor fi cercetările biologice."

Acelaşi dintre noi, încheindu-şi raportul întitulat „Privire generală asupra patologiei trahomului", pe care l-a prezentat în şedinţa din 10 Decemvrie 1937 a celui de al XV-lea Congres internaţional de oftalmologie dela Cairo, afirma de asemenea: „... personal sunt convins că cercetările experimentale, cât şi cele de ordin biologic general vor fi în special acelea, cari vor fi destinate să soluţioneze cele mai importante dintre necunoscutele acestei probleme".

Convingerile exprimate în aceste ocaziuni, cu privire la clarificarea definitivă a problemei trahomului, continuă să rămână şi convingerile noastre actuale.

In legătură cu acest fel de a vedea, acelaşi dintre noi a proiectat studiul reacţiunei tuturor ţesuturilor iepurelui faţă de virusul trahomatos şi a început acest studiu prin „Cercetări asupra leziunilor provocate prin inocularea virusului trahomatos în glanda lui Harder", ale căror rezultate le-a prezentat în şedinţa din 17 Martie 1936 a Academiei de Medicină din România.

Continuând realizarea planului de cercetări schiţat mai sus, expunem în lucrarea de faţă rezultatele studiului nostru referitor la cheratita trahomatoasă experimentală a iepurelui.

Cercetări experimentale în legătură cu inocularea intracorneană a virusului trahomatos s'au mai făcut în mod cu totul răzleţ, incomplect şi fără un plan mai amplu, de către *Olitsky*, care afirmă că, făcând injecţii intracorneene cu secreţia trahomului uman, ar fi reuşit să provoace o cheratită asemănătoare panusului tenuis, care a perzistat cel puţin doi ani. *Olitsky*, *Knutti* şi *Tyler* au încercat de asemenea să producă panusul la maimuţe prin inoculări intracorneene de diverşi agenţi microbieni, deoarece cu bacterium granulosis nu a reuşit să obţină decât o tulburare corneană benignă şi puţin durabilă. Printre bacteriile pe cari le-au folosit, unele nu au produs nici o reacţiune, în timp ce altele, ca bacilul xerozisului, acela al influenţei şi gonococul au provocat o cheratită difuză supurativă. Ei conchid deci, că panusul trebue să fie provocat la maimuţe printr'un agent microbian care posedă o putere de pătrundere corneană destul de redusă.

Inafară de aceste cercetări cu totul sumare, izolate şi urmărind un ţel limitat, nu se mai găseşte nici o altă lucrare experimentală corneană în întreaga literatură a trahomului. In aceste împrejurări ne-am propus să studiem în amănunţime, clinic şi istologic, reacţiunea pe care carnea iepurelui o are faţă de inoculările virusului trahomatos, iar pentru a da o mai mare desvoltare cercetărilor noastre, am căutat să le executăm în condiţiuni experimentale cât mai variate.

Am reuşit astfel să studiem reacţiunile obţinute prin inocularea intracorneană a virusului trahomatos

emulsionat în ser fiziologic, în ser sanguin de trahomatos, în ser sanguin de om normal, cât şi reacţiunile corneene obţinute prin inocularea intracorneană a serurilor sanguine simple de trahomatos şi de om normal.

Am folosit în toate aceste experimentări virusul trahomatos obţinut prin curetajul aseptic al cazurilor clasice florîde de trahom, nesupuse încă nici unui fel de tratament anterior. Am introdus produsul de curetaj obţinut dela fiecare caz în câte 1 cc. din lichidele utilizate pentru inoculare şi am triturat apoi în mojar amestecul, până la obţinerea unei emulsii omogene. Am centrifugat emulsia, iar din lichidul centrifugat am făcut cu siringa armată cu un ac fin câte o injecţie de o picătură între lamele corneene, la aproximativ 1—2 mm. de limbul cornean superior. S'a produs astfel câte o mică bulă corneană superficială, cenuşie, de un diametru aproximativ de 2 mm., care în orele următoare dispărea complet, lăsând în urma sa numai o discretă infiltraţie lineară de-a-lungul traectului intracornean al acului siringei. Serul fiziologic întrebuinţat a fost de $9^0/_{00}$, iar serurile sanguine trahomatoase şi normale le-am obţinut în chiar dimineaţa zilei de inoculare, inactivându-le şi păstrându-le apoi la gheţar până în orele după amiezei, când procedam la obţinerea virusului trahomatos, la emulsionarea şi la inocularea lui. Am examinat zilnic animalele inoculate la biomicroscop, schiţându-le leziunile şi evoluţia lor, iar la un grup de animale am urmărit evoluţia leziunilor şi din punct de vedere istologic.

Dăm aci în rezumat protocoalele experienţelor noastre.

I. — Inoculări intracorneene cu emulsii de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic

A) Evoluţia clinică

Experienţa Nr. 1. — *Durata experimentării: 1 şi 2 zile.*

Iepurele Nr. 21. Inoculat intercornean, juxta-limbic superior cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 5 Mai 1938.

Sacrificat după enuclearea OD la 6 Mai şi a OS la 7 Mai 1938.

La 6 Mai ambele cornei prezintă o *infiltraţie cenuşie lineară corneană juxta-limbică, corespunzătoare locului inoculării.*

La 7 Mai cornea stângă prezintă aceiaşi infiltraţie lineară corneană, căreia i s'a asociat o discretă congestie pericheratică superioară.

Experienţa Nr. 2. — *Durata experimentării: 3 zile.*

Iepurele Nr. 27. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 15 Iunie 1938.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 18 Iunie 1938.

La 18 Iunie cornea dreaptă prezintă o *infiltraţie cenuşie lineară juxta-limbică superioară*, iar cornea stângă are o *infiltraţie corneană semilunară*, corespunzătoare aceleiaşi regiuni juxta-limbice.

Experienţa Nr. 3. — *Durata experimentării: 3 şi 4 zile.*

Iepurele Nr. 23. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la 5 Mai 1938.

Sacrificat după enuclearea OD la 8 Mai şi a OS la 9 Mai 1938.

La 7 Mai, OD prezintă alături de *infiltraţia lineară juxta-limbică superioară a corneei*, de *congestia conjuctivei bulbare* corespunzătoare inserţiei sclerale a tendonului dreptului superior şi o *deranjare în continuitatea inelului pigmentar limbic cornean*. OS are numai *infiltraţia lineară juxta-limbică superioară a corneei*, cu *discretă congestie a conjunctivei bulbare* corespunzătoare. La 8 Mai cornea OS prezintă aceiaşi situaţie.

Experienţa Nr. 4. — *Durata experimentării: 5 zile.*

Iepurele Nr. 28. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 15 Iunie 1938.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 20 Iunie 1938.

La 18 Iunie ambele cornei prezintă o *infiltraţie semilunară juxta-limbică superioară*, corespunzătoare segmentului cornean inoculat.

La 20 Iunie aspectul ambelor cornei este acelaş.

Experienţa Nr. 5. — *Durata experimentării: 6 zile.*

Iepurele Nr. 25. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 18 Iunie 1938.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 24 Iunie 1938.

La 24 Iunie OD prezintă *infiltraţia lineară juxta-limbică superioară a corneei*, cu *depigmentarea corespunzătoare a inelului pigmentar limbic*, cu *uşoara lui pătrundere de partea temporală a periferiei corneei* sub formă dinţată fină, cu *doi noduli cenuşii miliari translucizi în zona depigmentată* a inelului limbic şi cu o *uşoară congestie pericheratică* corespunzătoare. OS prezintă câteva *striaţiuni cenuşii*, cari pornind dela limbul superior, *pătrund radiat în segmentul corespunzător al corneei*, apoi un uşor *edem al regiunei învecinate a inelului pigmentar limbic*, care este *încrustat cu cinci noduli cenuşii miliari* răsfiraţi, cât şi o *congestie pericheratică moderată*.

Experienţa Nr. 6. — *Durata experimentării: 7 zile.*

Iepurele Nr. 29. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 15 Iunie 1938.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 22 Iunie 1938

La 18 Iunie OD prezintă o *infiltraţie cenuşie semilunară juxta-limbică superioară a corneei*, iar OS prezintă o *infiltraţie lineară* corespunzătoare aceleiaşi regiuni

La 22 Iunie ambele cornei se găsesc în aceiaşi situaţie.

Experienţa Nr. 7. — *Durata experimentării: 9 zile.*

Iepurele Nr. 27. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 28 Iunie 1938.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 7 Iulie 1938.

La 7 Iulie ambii ochi prezintă, afară de *infiltraţia juxta-limbică superioară a corneelor* şi un uşor *edem al zonei inelului pigmentar limbic* cu o fină *congestie pericheratică* corespunzătoare.

Experienţa Nr. 8. — *Durata experimentării: 9 zile.*

Iepurele Nr. 28. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 28 Iunie 1938.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 7 Iulie 1938.

La 7 Iulie ambii ochi prezintă un uşor *edem al inelului pigmentar limbic*, cu o *discretă congestie pericheratică* corespunzătoare.

Experienţa Nr. 9. — *Durata experimentării: 6 şi 9 zile.*

Iepurele Nr. 24. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 5 Mai 1938.

Sacrificat după enuclearea OD la 11 Mai şi a OS la 13 Mai 1938.

La 6 Mai ambele cornei prezintă o *infiltraţie lineară juxta-limbică* superioară, însoţită de o *uşoară congestie pericheratică* corespunzătoare.

La 11 Mai ambele cornei şi în special cea dreaptă, prezintă o *accentuare a infiltraţiei lineare* juxta-limbice superioare, cu o *pronunţată congestie pericheratică* corespunzătoare.

La 13 Mai ochiul stâng se găseşte în aceeaşi situaţie.

Experienţa Nr. 10. — *Durata experimentării: 11 zile.*

Iepurele Nr. 24. Inoculat la OD intracornean, juxta-limbic superior, şi la OS subconjunctival limbic, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la 18 Iunie 1937.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 29 Iunie 1937.

La 19 Iunie OD prezintă o *infiltraţie lineară, juxta-limbică* superioară a corneei, cu o *uşoară congestie pericheratică*, iar la OS prezintă o *infiltraţie semilunară corneană*, concentrică limbului superior, însoţită de o *congestie mai pronunţată a conjunctivei limbice*.

La 24 Iunie OD prezintă afară de infiltraţia lineară anterioară şi de congestia discretă pericheratică şi *un mic nodul cenuşiu, de partea temporală a limbului* şi o *vascularizaţie periferică, semilunară superioară discretă a corneei*, în formă de mici laţuri. OS continuă să prezinte aceeaşi infiltraţie semilunară periferică a corneei, însoţită de o *vascularizare mai intensă a conjunctivei limbice* corespunzătoare şi de asemenea o *vascularizare semilunară periferică superioară a corneei*, în formă de laţuri. *(Fig. 1.)*

Sacrificat după enucleerea OD la 17 Mai şi a OS la 19 Mai 1938.

La 6 Mai *ambele cornei* prezintă o *infiltraţie lineară discretă* juxta-limbică superioară.

La 16 Mai prezintă la ambii ochi o *infiltraţie lineară corneană, care este mai accentuată* şi este însoţită de o *uşoară congestie pericheratică*.

La 17 Mai OD prezintă o infiltraţie corneană mai discretă, câteva *striaţii cenuşii radiate* cari, pornind dela limbul superior, se răsfiră spre zona inoculării şi o congestie pericheratică mult atenuată.

La 19 Mai OS are infiltraţia sa lineară corneană foarte palidă.

Experienţa Nr. 12. — *Durata experimentării: 15 zile.*

Iepurele Nr. 12. Inoculat la OD intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la 12 Februarie 1937.

Sacrificat şi enucleat OD la 27 Februarie 1937.

La 17 Februarie OD prezintă *infiltraţia lineară juxta-limbică* superioară şi *vascularizarea semilunară* în formă de laţuri *a segmentului temporal periferic cornean*, precum şi câteva *striaţii cenuşii radiate* ale periferiei superioare corneene.

La 18 Februarie *numărul striaţiilor cenuşii radiate corneene*

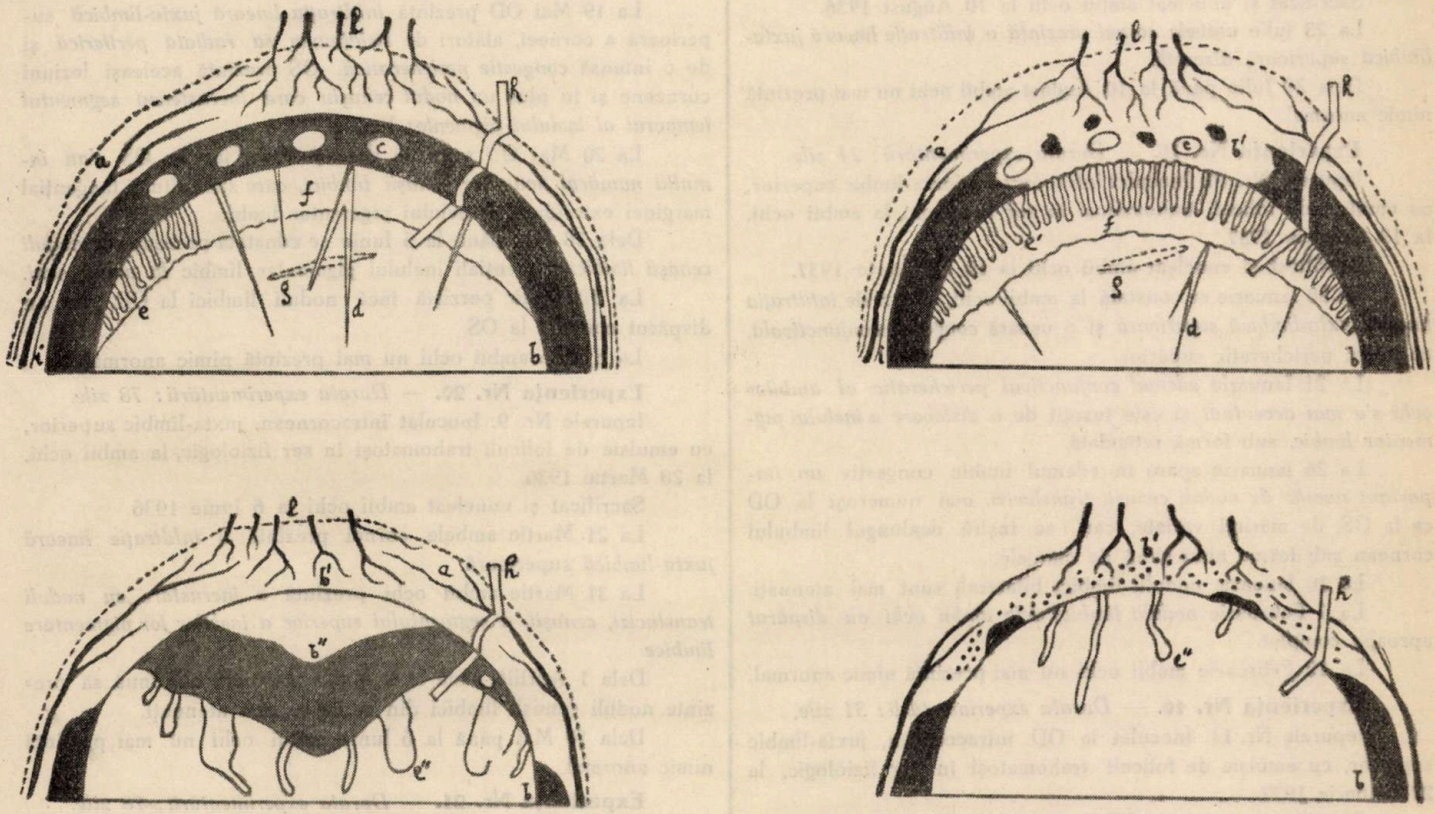


Fig. 1. — *Aspect schematic al evoluţiei clinice a cheratitei trahomatoase experimentale obţinute prin inocularea intracorneană a virusului trahomatos la iepure.*

a = edemul conjunctivei perilimbice ; *b* = inelul pigmentar limbic incrustat de foliculi ; *b'* = dislocarea inelului pigmentar limbic cu depigmentarea regiunei ; *b''* = dislocarea, proliferarea şi lăţirea inelului pigmentar limbic ; *c* = foliculi limbici aşezaţi în şirag ; *d* = striaţiuni edematoase ale nervilor corneeni ; *e* = inceputul vascularizării corneene periferice ; *e'* = vascularizarea semilunară periferică a corneei în apogeul inflamaţiei ; *e''* = laţuri vasculare corneene periferice largi şi răzleţe, în faza de regresiune a leziunilor ; *f* = infiltraţie semilunară periferică a corneei ; *g* = infiltraţie lineară a corneei la locul inoculării ; *h* = secţiune biomicroscopică limbică, evidenţiind edemul regiunei perilimbice şi a inelului pigmentar limbic ; *i* = teci limfatice perivasculare ; *l* = vase limbice congestionate.

La 29 Iunie ambii ochi prezintă, mai atenuat, aceeaşi situaţie cherato-limbică, dar la OS au apărut câteva *striaţii cenuşii*, cari pătrund radiat *în partea superioară a corneei.*

Experienţa Nr. 11. — *Durata experimentării: 13 şi 15 zile.*

Iepurele Nr. 26. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 5 Mai 1938.

s'a mărit.

La 27 Februarie cornea dreaptă prezintă o vascularizare discretă semilunară periferică superioară.

Experienţa Nr. 13. — *Durata experimentării: 19 zile.*

Iepurele Nr. 26. Inoculat la OD intracornean, juxta-limbic superior, şi la OS subconjunctival limbic, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la 18 Iunie 1937.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 7 Iulie 1937.

La 21 Iunie OD prezintă afară de *infiltraţia lineară juxta-limbică* şi *vascularizarea periferiei sale superioare* cu două şmocuri vasculare în formă de laţuri, cât şi *turgescenţa vaselor perilimbice.* OS prezintă *o infiltraţie semilunară periferică superioară a corneei,* concentrică limbului, cum şi congestia intensă cu *edemul conjunctivei perilimbice* superioare.

La 24 Iunie OD prezintă *o invazie periferică supero-temporală a corneei de către inelul pigmentar limbic,* sub formă dinţată şi o *striaţiune radiată cenuşie periferică* superioară, alături de infiltraţia sa lineară juxta-limbică iniţială şi de dispariţia şmocurilor sale vasculare periferice. OS prezintă aproximativ aceeaşi stare anterioară.

La 29 Iunie OD prezintă aproximativ aceeaşi stare anterioră, cu adaosul a *doi noduli cenuşii cari au apărut de partea nasală în inelul pigmentar limbic.* OS prezintă aceeaşi stare anterioară.

La 7 Iulie OD perzistă să prezinte cei doi noduli limbici şi starea locală notată anterior, iar OS nu mai prezintă nimic anormal.

Experienţa Nr. 14. — *Durata experimentării: 19 zile.*

Iepurele Nr. 14. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 22 Iulie 1936.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 10 August 1936.

La 23 Iulie *ambele cornei prezintă o infiltraţie lineară juxta-limbică* superioară discretă.

Dela 29 Iulie până la 10 August ambii ochi nu mai prezintă nimic anormal.

Experienţa Nr. 15. — *Durata experimentării: 24 zile.*

Iepurele Nr. 10. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 19 Ianuarie 1937.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 12 Februarie 1937.

La 20 Ianuarie se constată la ambii ochi, alături de *infiltraţia lineară juxta-limbică superioară* şi o uşoară *congestie conjunctivală,* cu edem pericheratic superior.

La 21 Ianuarie *edemul conjunctival pericheratic al ambilor ochi s'a mai accentuat* şi este însoţit de o *dislocare a inelului pigmentar limbic,* sub formă reticulată.

La 26 Ianuarie apare în edemul limbic congestiv *un important număr de noduli cenuşii translucizi,* mai numeroşi la OD ca la OS, de mărimi variate, cari se înşiră dealungul limbului cornean sub forma unui şirag de mărgele.

La 30 Ianuarie nodulii limbici bilaterali sunt mai atenuaţi.

La 7 Februarie *nodulii limbici dela ambii ochi au dispărut* aproape complet.

La 12 Februarie ambii ochi nu mai prezintă nimic anormal.

Experienţa Nr. 16. — *Durata experimentării: 31 zile.*

Iepurele Nr. 11. Inoculat la OD intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la 27 Ianuarie 1937.

Sacrificat şi enucleat OD la 27 Februarie 1937.

La 29 Ianuarie OD prezintă *infiltraţia lineară juxta-limbică a corneei,* cu o *striaţiune cenuşie periferică radiată* şi o uşoară congestie pericheratică.

Dela 7—27 Februarie OD nu mai prezintă nimic anormal.

Experienţa Nr. 17. — *Durata experimentării: 36 zile.*

Iepurele Nr. 16. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 17 Aprilie 1936.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 23 Mai 1936.

La 19 Aprilie ambele cornei prezintă o *infiltraţie lineară juxta-limbică* superioară.

La 22 Aprilie *infiltraţia lineară corneană* bilaterală este *mai accentuată.*

La 7 Mai se constată apariţia unor *noduli cenuşii discreţi în inelul pigmentar* limbic al ambilor ochi.

La 23 Mai situaţia ambilor ochi este neschimbată.

Experienţa Nr. 18. — *Durata experimentării: 45 zile.*

Iepurele Nr. 13. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 20 Martie 1936

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 4 Mai 1936.

La 21 Martie ambele cornei prezintă o *infiltraţie lineară juxta-limbică* superioară.

La 29 Martie OD prezintă câteva *striaţii radiate periferice* superioare corneene şi ca şi OS continuă să prezinte infiltraţia lineară juxta-limbică superioară a corneei.

La 13 Aprilie OD nu mai prezintă nimic anormal, în timp ce OS prezintă un *nodul cenuşiu în inelul pigmentar limbic.*

Dela 20 Aprilie până la 4 Mai ambii ochi nu mai prezintă nimic anormal.

Experienţa Nr. 19. — *Durata experimentării: 50 zile.*

Iepurele Nr. 17. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 17 Mai 1936.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 6 Iulie 1936.

La 19 Mai OD prezintă *infiltraţia lineară juxta-limbică* superioară a corneei, alături de *striaţiunea sa radiată periferică* şi de o intensă *congestie pericheratică.* OS prezintă aceleaşi leziuni corneene şi în plus un *nodul cenuşiu care incrustează segmentul temporal al inelului pigmentar* limbic.

La 20 Mai OD prezintă aceeaşi stare, iar la OS *s'au înmulţit numărul nodulilor cenuşii limbici,* care sunt situaţi tangenţial marginei exterioare a inelului pigmentar limbic.

Dela 28 Mai până la 5 Iunie se constată prezenţa de *noduli cenuşii limbici* tangenţiali inelului pigmentar limbic *la ambii ochi.*

La 10 Iunie perzistă încă noduli limbici la OD, dar au dispărut complet la OS.

La 6 Iulie ambii ochi nu mai prezintă nimic anormal.

Experienţa Nr. 20. — *Durata experimentării: 78 zile.*

Iepurele Nr. 9. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 20 Martie 1936.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 6 Iunie 1936.

La 21 Martie ambele cornei prezintă o *infiltraţie lineară juxta-limbică* superioară.

La 31 Martie ambii ochi prezintă *o încrustare cu noduli translucizi, cenuşii, a segmentului superior a inelelor lor pigmentare limbice.*

Dela 1 Aprilie până la 9 Mai ambii ochi continuă să prezinte noduli cenuşii limbici din ce în ce mai atenuaţi.

Dela 10 Mai până la 6 Iunie ambii ochi nu mai prezintă nimic anormal.

Experienţa Nr. 21. — *Durata experimentării: 78 zile.*

Iepurele Nr. 11. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 22 Iulie 1936.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 8 Octomvrie 1936.

La 24 Iulie ambele cornei prezintă o *infiltraţie lineară juxta-limbică* superioară, iar OS mai prezintă şi o *încrustaţie de noduli* în segmentul superior al inelului pigmentar limbic.

Dela 27 Iulie până la 8 Octomvrie ambii ochi nu mai prezintă nimic anormal.

Experienţa Nr. 22. — *Durata experimentării: 91 zile.*

Iepurele Nr. 29. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 11 Iunie 1936.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 10 August 1936.

Somniferul
cu efect sigur

chiar şi în doze mici
(1/2 tabletă), somn reconfortant şi o deşteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.
Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.
Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, Bucureşti

Myoston

Pe baza de adenosină phosphorică MAP.

Myotonic, pentru destindere vasculară mai ales a circulaţiei coronare. Profilaxie şi tratament de întreţinere al anginei pectorale. Pentru mărirea capacităţii de travaliu a cordului la bătrâni. Abus de nicotină şi cofeină.

In angina pectorală: 20 injecţii intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac şi gangrenă: zilnic 2—3 inj. 2 cc. Tratament de întreţinere: 3—4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. şi 2 cc. / Flac. 20 cc.

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

Bucureşti V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

Preparate noi

AMBESID

Tablete şi fiole

Preparat sulfamidat
conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă
Fiole de 2 şi 5 cc. cu un conţinut de 10%

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi şi colibacili

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

subcutan **intravenos** **intramuscular**

In toate anemiile şi reconvalescenţă

FERCUPAR

tablete

(Fer, cupru, ficat şi Vitamină B.)

La 12 Iunie se constată la ambii ochi *infiltrația lineară juxta-limbică* superioară a corneelor și o *tendință la lărgirea inelului pigmentar limbic în direcția zonei de inoculare*, luând forma unei prelungiri corneene triunghulare superioare la OD și a unei bande largi la OS

Dela 15 Iunie reacțiunea inflamatorie corneană bilaterală se atenuiază, în timp ce inelele pigmentare își mențin situația.

Dela 25 Iunie ambii ochi nu mai prezintă nimic anormal.

Experiența Nr. 23. — *Durata experimentării: 111 zile.*

Iepurele Nr. 30. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoși în ser fiziologic, la ambii ochi, la 11 Iunie 1936

Sacrificat și enucleat ambii ochi la 30 Septembrie 1936.

La 12 Iunie ambii ochi prezintă un ușor *edem al conjunctivei perilimbice* și *infiltrația lineară juxta-limbică* superioară a corneelor.

La 15 Iunie OD prezintă o *striație cenușie radiată periferică* superioară a corneei, iar OS prezintă alături de aceeași striație radiată corneană și *un nodul al inelului pigmentar* limbic.

La 20 Iunie OD nu mai prezintă nimic anormal, în timp ce la OS se constată că *nodulul limbic și-a mărit volumul*, a devenit foarte proeminent și vascularizat

Dela 10—30 Septembrie ambii ochi nu mai prezintă nimic anormal.

Experiența Nr. 24. — *Durata experimentării: 183 zile.*

Iepurele Nr. 10. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior la OD, cu emulsie de foliculi trahomatoși în ser fiziologic, la 20 Martie 1936.

Sacrificat și enucleat OD la 21 Septembrie 1936.

La 21 Martie cornea dreaptă prezintă o *infiltrație lineară juxta-limbică* superioară.

La 29 Martie, alături de infiltrația lineară a corneei au mai apărut și *doi noduli cenușii în segmentul superior al inelului pigmentar* limbic.

La 13 Aprilie nodulii limbici sunt pe cale de dispariție.

Dela 30 Aprilie până la 21 Septemvrie ochiul nu mai prezintă nimic anormal.

Rezumând grupa cercetărilor experimentale expuse mai sus putem afirma că, inoculările intracorneene de virus trahomatos emulsionat în ser fiziologic provoacă la iepure o reacțiune inflamatorie ciclică, care are toate caracterele unei cheratite speciale.

Această cheratită începe chiar de a doua zi după inoculare cu o infiltrație inflamatorie care se cantonează în jurul traectului intracornean al punctiei de inoculare, sub formă de infiltrație lineară juxta-limbică, sau de infiltrație semilunară situată între canalul cornean de inoculare și limbul cornean. Această infiltrație se accentuează în zilele următoare, pentru a atinge apogeul său între 5—11 zile dela momentul inoculării, dela care dată intensitatea infiltrației corneene scade progresiv și rapid, până la dispariția ei completă, care se întâmplă aproximativ în 30 zile. Infiltrația este însoțită în majoritatea cazurilor de apariția unei congestii pericheratice limitate la sectorul corespunzător zonei corneene inoculate, de ivirea unui edem al inelului pigmentar limbic și al conjunctivei perilimbice, cât și de apariția unor striațiuni cenușii, radiate, corespunzătoare acelelași zone corneene inoculate, având orientarea anatomică a firelor nervoase corneene. Incepând din ziua a 3-a până la a 15-a dela momentul inoculării, cornea își vascularizează periferia, sub forma unor laturi vasculare fine și profunde, cari dela limb pătrund în cornee, uneori sub formă de șmocuri izolate numai într'un sector limbic îngust, iar alteori sub formă semilunară, de-a-lungul întregei jumătăți superioare a limbului cornean, în apropierea căruia s'a făcut inocularea. Vasele corneene, a căror existență durează câteva zile mai mult decât aceea a infiltrației corneene, dispar apoi ca și aceasta, progresiv și rapid.

Ceea ce caracterizează evoluția acestor cheratite trahomatoase experimentale sunt însă alterațiile inelului epitelial pigmentar limbic și apariția foliculilor limbici.

Inelul epitelial pigmentar limbic, care la iepure face parte din însăși periferia corneei, poate prezenta două feluri de alterațiuni. Uneori el este dislocat fie prin reacțiunea inflamatorie a corneei cu edemul limbic ce-i urmează, luând aspectul unei rețele pigmentare limbice, fie prin incrustarea unor foliculi limbici, în urma involuției cărora inelul pigmentar ia aspectul unei bande pigmentare cu goluri rotunde situate la nivelul foliculilor dispăruți. Alteori însă inelul pigmentar limbic suferă, din contra, o lărgire în dauna corneei. Această lărgire a inelului pigmentar se face fie sub forma unor dințături fine ce apar de-a-lungul unui segment al periferiei corneei, fie sub forma unui sector triunghiular mai larg care înaintează cu vârful spre centrul corneei, fie sub forma unei umflări fusiforme a unui segment pigmentar, dar în toate aceste împrejurări ipertrofia inelului pigmentar se orientează către zona de inoculare corneană. Lărgirea inelului pigmentar apare totdeauna ca o reacțiune precoce proliferativă, ivindu-se din chiar primele 3—4 zile dela inoculare, pentru ca ulterior să se oprească în vecinătatea locului de inoculare și să regreseze lent până la sfârșitul procesului inflamator, când își reia aspectul normal. Dislocarea inelului pigmentar limbic apare însă ca o reacțiune tardivă de desorganizare, fie prin edemul limbic, fie prin foliculii cari l-au incrustat și se ivește cu începere dela a 7-a, 8-a zi dela momentul inoculării, pentru a progresa lent cu evoluția procesului inflamator și a rămâne apoi definitiv.

Apariția foliculilor limbici constituie leziunea cea mai caracteristică a cheratitei trahomatoase experimentale. Acești foliculi se ivesc de preferință către ziua a 5-a dela data inoculării, excepțional mai de timpuriu, dar ei pot tot atât de bine să apară în cursul evoluției leziunei până în apropierea zilei a 24-a dela inoculare. Foliculii se ivesc de obiceiu în chiar inelul pigmentar limbic, sau tangențial marginei sale exterioare și totdeauna în dreptul segmentului cornean inoculat. La început ei sunt foarte discreți și puțin numeroși, pentru ca mai apoi să devină mai proeminenți și mai numeroși. Durata evoluției lor este variabilă, putând ține dela 5—40 zile, în cursul cărora își ating apogeul desvoltării,

pentru a intra apoi în involuţie şi a nu lăsa în urma lor decât depigmentări rotunde ale epiteliului pigmentar limbic. Uneori locul lor este luat de faţete limbice uşor escavate. In afara perioadei de apariţie, când însoţesc fenomenele reacţionale corneene, evoluţia lor se face foarte discret, fără fenomene reacţionale şi constituesc aproape leziuni exclusiv biomicroscopice.

Un interes particular atribuim şi striaţiunilor cenuşii radiate, având distribuţia nervilor corneeni în segmentul inoculat. Ele ne arată că elementul nervos cornean participă şi el la procesul inflamator al cheratitei trahomatoase experimentale, sub aspectul posibil al unei perinevrite corneene sau al unui edem perinervos cornean, cercetări ulterioare rămânând să precizeze faptul.

Privind în general protocoalele experienţelor înşirate mai sus, constatăm în fine, că nu toţi iepurii reacţionează la inoculările intracorneene ale virusului trahomatos, că unii dintre ei prezintă numai reacţiuni oculare avortate, din care lipsesc foliculii limbici, că unii au o reacţiune mai rapidă, în timp ce alţii au una mai tardivă şi că reacţiile corneene ale ochilor inoculaţi simultan ale aceluiaşi animal sunt sensibil asemănătoare.

B) Evoluţia anatomo-patologică

Experienţa No. 25. — *Durata experimentării: 1 şi 2 zile.*

Iepurele No. 38. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, a 5 Noembrie 1938.

Sacrificat după enucleaţia OD, la 6 Noemvrie şi a OS la 7 Noemvrie 1938.

Examen istologic. La OD, ale cărui leziuni datează de o zi se constată: o *puternică vasodilataţie limbică*, cu *infiltrarea polinucleară bogată a dermului perilimbic*, o *proliferare a epiteliului cornean, cu pătrunderea lui sub formă de cordon epitelial în tunelul de inoculare* şi *infiltrarea polinucleară a parenchimului cornean* în jurul cordonului epitelial de proliferare, cât şi a masei amorfe, granulare, pigmentate, care reprezintă ţesutul inoculat. *(Fig. 2)*

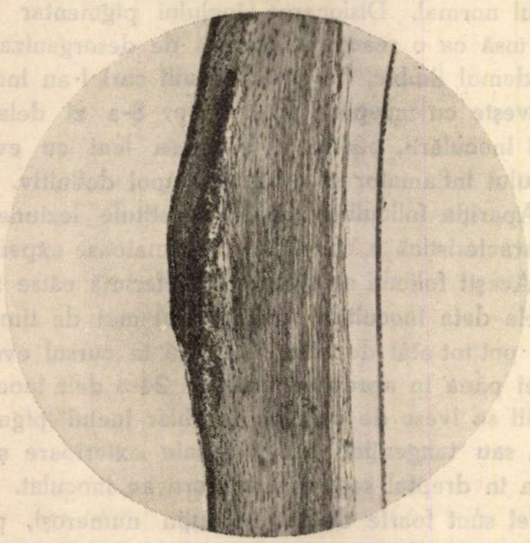


Fig. 2 — *Cheratită trahomatoasă experimentală*
Proliferarea epiteliului cornean în canalul de inoculare a virusului trahomatos cu infiltrarea polinucleară a parenchimului din jur.

Lamelele corneene situate deasupra tunelului de inoculare prezintă o nuanţă tinctorială *mai acidofilă*, iar *nucleii parenchimului sunt granulaţi.*

La OS, ale cărui leziuni datează de două zile se constată aproape aceleaşi alteraţiuni istologice, cu o *tendinţă la hialinizare a lamelelor parenchimului cornean* situate deasupra tunelului de inoculare.

Experienţa No. 26. — *Durata experimentării: 3 şi 4 zile.*

Iepurele No 39. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi, la ambii ochi, la 5 Noemvrie 1938.

Sacrificat după enucleerea OD la 8 Noemvrie şi a OS la 9 Noemvrie 1938.

Examen istologic. La OD ale cărui leziuni datează de 3 zile se constată o puternică *congestie pericheratică*, cu infiltraţia polinucleară bogată a dermului perilimbic, un *abces cornean interlamelar (Fig. 3)* cu prelungiri laterale în jurul produsului de

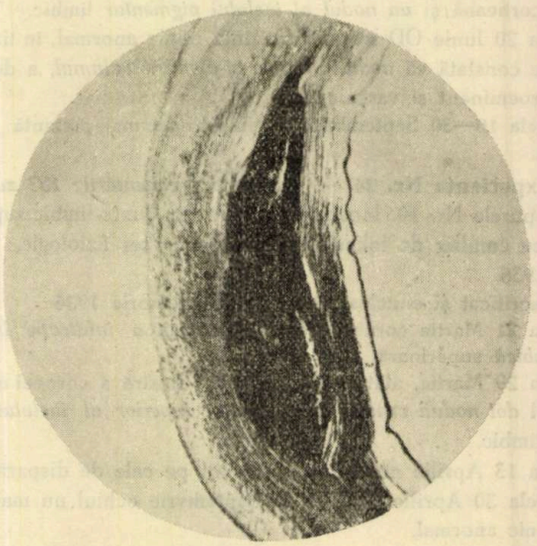


Fig. 3 — *Cheratită trahomatoasă experimentală*
Abces cornean interlamelar în jurul virusului trahomatos inoculat.

inoculare, însoţit de o infiltraţie polinucleară mai difuză a parenchimului cornean din jur, leziuni de *irită* cu un mic depozit de *ipopion*. La OS, ale cărui leziuni datează de 4 zile, se constată manifestaţii similare celor din Experienţa No. 25.

Experienţa No. 27. — *Durata experimentării: 5 şi 7 zile.*

Iepurele No. 40. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 5 Noemvrie 1938.

Sacrificat după enucleerea OD la 10 Noemvrie şi a OS la 12 Noemvrie 1938.

Examen istologic. La OD, ale cărui leziuni datează de 5 zile, se constată: o *intensă vasodilataţie a conjunctivei limbice*, cu infiltrarea polinucleară a dermului limbic, *extinderea epiteliului pigmentar limbic spre zona centrală a corneei*, o *infiltraţie lamelară cu celule fusiforme a corneei* la nivelul canalului de inoculare, *vascularizarea corneei* în aceiaşi regiune, cu infiltrarea polinucleară şi *hialinizarea lamelor corneene* în vecinătatea limbului, din zona inoculată.

La OS, ale cărui leziuni datează de 7 zile, se constată aceiaşi *infiltraţie lamelară cu celule fusiforme şi vascularizarea corneei* din zona inoculării.

Experienţa No. 28. — *Durata experimentării: 10 şi 14 zile.*

Iepurele No. 41. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 5 Noemvrie 1938.

Sacrificat după enucleareа OD la 15 Noemvrie şi a OS la 19 Noemvrie 1938.

Examen istologic. La OD, ale cărui leziuni datează de 10 zile, nu se constată *nici o alteraţie istologică*. La OS, ale cărui leziuni datează de 14 zile, se constată o *infiltraţie lamelară fină cu celule fusiforme ale parenchimului cornean* din zona inoculării.

Experienţa No. 29. — *Durata experimentării: 18 şi 22 zile.*

Iepurele No. 42. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 5 Noemvrie 1938.

Sacrificat după enucleaţia OD la 23 Noemvrie şi a OS la 27 Noemvrie 1938.

Examen istologic. La ambii ochi nu se constată *nici o modificare istologică a corneelor.*

Experienţa No. 30. — *Durata experimentării: 19 şi 21 zile.*

Iepurele No. 34. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 19 Octomvrie 1938.

Sacrificat după enucleaţia OD la 7 Noemvrie şi a OS la 9 Noemvrie 1938.

Examen istologic. La OD, ale cărui leziuni datează de 19 zile se constată prezenţa unor *noduli limfocitari subconjunctivali limbici (Fig. 4)*, bine circumscrişi, aşezaţi într'o infiltraţie

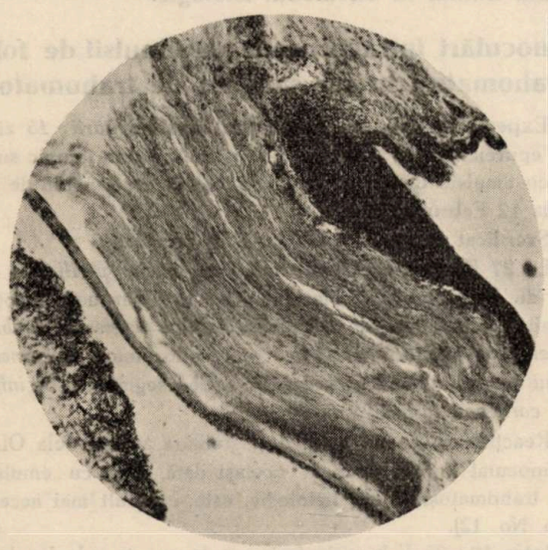


Fig. 4. — *Cheratită trahomatoasă experimentală*
Folicul trahomatos limbic în vecinătatea zonei corneene inoculate.

limbică difuză, însoţită de o vasodilataţie corespunzătoare. La OS. ale cărui leziuni datează de 21 zile se constată prezenţa unor *noduli limfocitari difuzi în parenchimul cornean (Fig. 5)* din zona inoculării, alături de o *infiltraţie limfocitară difuză a dermului limbic.*

Experienţa No. 31. — *Durata experimentării: 27 şi 31 zile.*

Iepurele No. 36. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 21 Octomvrie 1938.

Sacrificat după enucleareа OD la 17 Noemvrie şi a OS la 21 Noemvrie 1938.

Examen istologic. La OD, ale cărui leziuni datează de 27 zile se constată o *infiltraţie limbică* mai intensă de partea segmentului cornean inoculat, iar la OS, ale cărui leziuni datează de 31 zile se găseşte aproape acelaş aspect istologic.

Experienţa No. 32. — *Durata experimentării: 33 şi 35 zile.*

Iepurele No. 37. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, la ambii ochi, la 21 Octomvrie 1938.

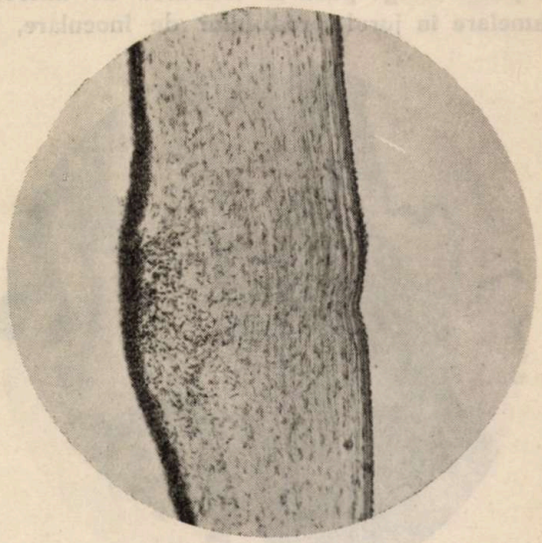


Fig. 5. — *Cheratită trahomatoasă experimentală*
Folicul trahomatos în formaţie al parenchimului cornean inoculat.

Sacrificat după enucleareа OD la 23 Noemvrie şi a OS la 25 Noemvrie 1938.

Examen istologic. La OD, ale cărui leziuni datează de 33 zile se constată o *infiltraţie limfocitară limbică* şi o *infiltraţie nodulară limfocitară* cu limite neprecise *a rădăcinei şi zonei pupilare iriene (Fig. 6)*, corespunzătoare zonei de inoculare. La OS,

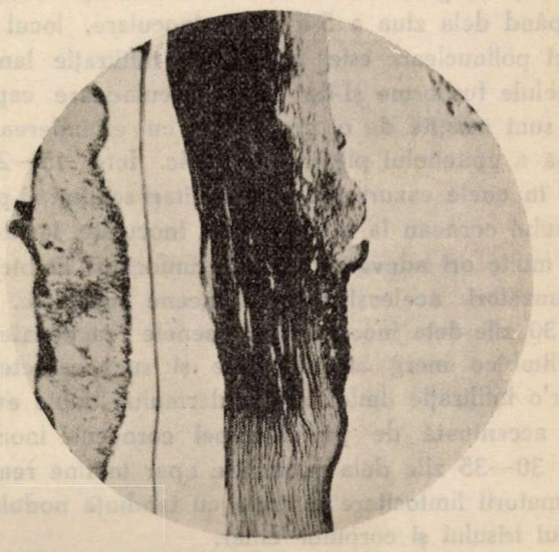


Fig 6. — *Cheratită trahomatoasă experimentală*
Infiltraţie nodulară iriană după inocularea intracarneană a virusului trahomatos.

ale cărui leziuni datează de 35 zile, se constată o *infiltraţie limfocitară limbică* şi o *infiltraţie nodulară limfocitară discretă ciliară. (Fig. 7).*

Rezumând datele istologice procurate de grupa cercetărilor experimentale expuse mai sus, putem spune că inoculările intracorneene de virus trahomatos emulsionat în ser fiziologic provoacă în primele 5 zile, alături

de procesul reparator al traumatismului, caracterizat printr'o proliferare a epiteliului cornean şi o reacţie inflamatorie corneană, polinucleară, difuză, care în unele cazuri poate merge până la formarea de microabcese interlamelare în jurul produsului de inoculare, cât şi

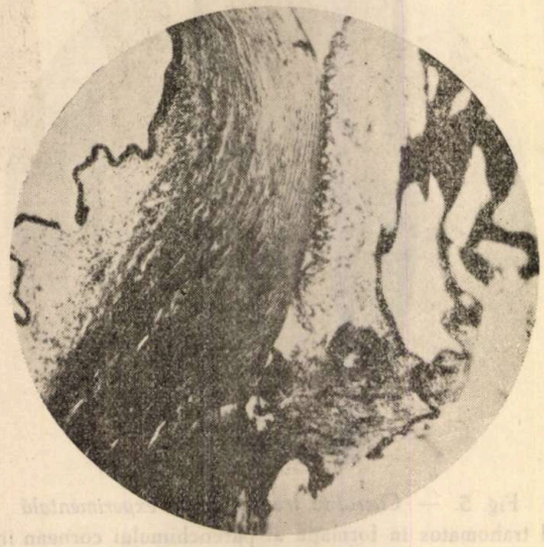


Fig. 7. — *Cheratită trahomatoasă experimentală*
Infiltraţie nodulară ciliară după inocularea intracorneană a virusului trahomatos.

modificări ale parenchimului cornean învecinat, caracterizate printr'o tendinţă de hialinizare a lamelelor corneene şi o granulare a nucleilor celulelor corneene. Începând dela ziua a 5-a după inoculare, locul infiltraţiei polinucleare este luat de o infiltraţie lamelară de celule fusiforme şi de o neovascularizare capilară, cari sunt însoţite de o proliferare cu extinderea corneană a epiteliului pigmentar limbic. Intre 15—24 zile apar în unele cazuri noduli limfocitari schiţaţi ai parenchimului cornean la nivelul zonei inoculate, iar de cele mai multe ori adevăraţi foliculi limfocitari limbici, corespunzători aceleaşi zone corneene inoculate. Intre 25—30 zile dela inoculare fenomenele reacţionale cherato-limbice merg atenuându-se şi sunt caracterizate printr'o infiltraţie limfocitară a dermului limbic evident mai accentuată de partea zonei corneene inoculate. Intre 30—35 zile dela inoculare apar în fine reacţiuni inflamatorii limfocitare discrete cu tendinţă nodulară la nivelul irisului şi corpului ciliar.

Inoculările intracorneene de virus trahomatos emulsionat în ser fiziologic sunt deci urmate, ca şi inoculările similare din glanda lui Harder, de o reacţiune cherato-limbică care evoluiază în două faze, dintre cari: una iniţială, acută, nespecifică, polinucleară, care durează aproximativ 5—7 zile, care poate merge până la formaţiunea de abcese interlamelare în jurul materialului virulent inoculat şi o a doua fază, pe care am putea-o numi specifică, caracterizată prin apariţia unei infiltraţii limfocitare cu tendinţă nodulară în cornee, dar cu aspect evident folicular limbic, care apare între 7—24 zile dela inoculare şi care, după acest interval de timp, manifestă o tendinţă spre rezorbţie spontană, după ce a mai provocat şi o uşoară reacţie inflamatorie cu acelaş vag aspect nodular la nivelul irisului şi corpului ciliar, către zilele 25—30 dela inoculare.

Ca şi pentru grupa de experienţe cu caracter clinic, analizată mai sus, constatăm şi aici, că nu toate animalele inoculate reacţionează istologic la virusul trahomatos şi că unele dintre ele au făcut numai reacţiuni istologice avortate.

Studiul comparativ al acestor două grupe de experienţe aici rezumate, ne arată perfecta concordanţă clinică şi anatomo-patologică a reacţiunilor cherato-limbice obţinute prin inoculările intracorneene de virus trahomatos emulsionat în ser fiziologic. Ambele grupe de experienţe ne arată că aceste inoculări provoacă o cheratită subacută localizată, cu foliculi limbici, cu evoluţie spontană spre vindecare în decurs de aproximativ o lună, care în faza sa finală cointeresează şi segmentul anterior al uveei, sub aspectul unei irido-ciclite discrete, aparentă numai la examenul istologic.

II. — Inoculări intracorneene cu emulsii de foliculi trahomatoşi în ser sanguin de trahomatos

Experienţa No. 33. — *Durata experimentării: 15 zile.*

Iepurele No. 12. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior la OS cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser sanguin de trahomatos la 12 Februarie 1937.

Sacrificat şi enucleat OS la 27 Februarie.

La 27 Februarie OS prezintă un *edem perilimbic intens*, însoţit de turgescenţa vaselar limbice, care şerpuesc însoţite de teci limfatice destinse, de *dispariţia inelului pigmentar limbic*, de *opalescenţa semilunară periferică* corespunzătoare *a corneei*, de *striaţiuni cenuşii radiate corneene* în acelaş segment şi de *infiltraţia lineară corneană la locul inoculării.*

Reacţiunea acestui ochi, deşi similară aceleia dela OD, care a fost inoculat intracornean la aceiaşi dată, dar cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser fiziologic, este cu mult mai accentuată (v. Exp No. 12).

Intre 19—25 Februarie fenomenele reacţionale locale merg atenuându-se.

La 27 Februarie OS prezintă încă un edem atenuat perilimbic şi infiltraţia lineară corneană juxta-limbică, cât şi *o intensă vascularizare corneană semilunară, periferică, superioară*, asemănătoare unui panus, a cărui intensitate este evident accentuată faţă de vascularizaţia similară a OD.

Experienţa No. 34. — *Durata experimentării: 30 zile.*

Iepurele No. 8. Inoculat intracornean, justa-limbic superior, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser sanguin de trahomatos, la ambii ochi, la 19 Ianuarie 1937.

Sacrificat şi enucleat ambii ochi la 17 Februarie 1937.

La 21 Ianuarie ambii ochi prezintă o *infiltraţie lineară corneană*, justa-limbică superioară, la locul inoculării şi un *uşor edem perilimbic*, cu congestia vaselor conjunctivale corespunzătoare.

La 29 Ianuarie se constată la ambii ochi perzistenţa leziunilor notate anterior, la care se adaogă o *vascularizare semilunară periferică superioară*, cu vase care înaintează în formă de laţuri fine în profunzimea *parenchimului cornean*, iar la OS şi existenţa *unui folicul limbic* cenuşiu, translucid.

Hybridin „Henning"

Camfor. Guaiacol. Phenilchinolincarb. Menthol. Ol. Eucalipt.

Gripă, Pneumonie, Bronchopneumonie şi toate afecţiunile inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor.

Fluidică secreţiile. —— Desidorizează şi uşurează expectoraţia.

Fiole 1 cc. şi 2 cc. intramuscular.

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41. Bucureşti.

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malţ

Gust foarte plăcut. Îl iau cu **plăcere** şi copiii mici.

Ambalaje originale de 100 şi 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

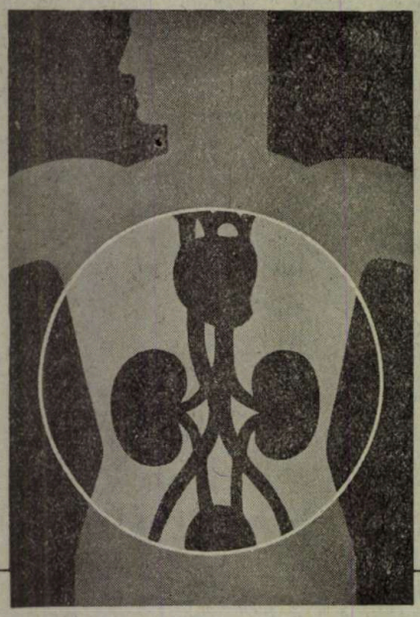
Ambalaj original de 40 şi 100 Tablete.

— **Unul dintre cele mai probate şi eficace produse germane** —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coşbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

La 8 Februarie *vascularizarea semilunară periferică superioară a ambelor cornei este mai întinsă* către centrul lor, fiind alcătuită din laţuri vasculare mai voluminoase şi mai turgescente.

La 17 Februarie starea corneelor se menţine aproape aceiaşi.

Experienţa No. 35. — *Durata experimentării: 35 zile.*

Iepurele No. 9. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior la OD, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser sanguin de trahomatos la 3 Ianuarie 1937.

Sacrificat şi enucleat OD la 17 Februarie 1937.

La 10 Ianuarie OD prezintă un *edem al conjunctivei perilimbice* şi al inelului pigmentar limbic, cu vasele corespunzătoare congestionate şi înconjurate de teci edematoase, câţiva *mici foliculi tangenţiali inelului pigmentar limbic, infiltraţia semilunară periferică* superioară îngustă a *corneei*, cu un *început de vasculari, zare periferică* nasală a corneei printr'un număr restrâns de laţuri vasculare.

La 12 Ianuarie se constată aproape aceleaşi manifestaţiuni locale la OD, cărora li se adaogă *o întindere a vascularizării periferice corneene*, care se prezintă sub formă semilunară dea-lungul întregului limb superior.

La 15 Ianuarie regiunea semilunară vascularizată la periferia superioară a corneei s'a mai lărgit, iar în segmentul cornean astfel vascularizat şi opalescent *a apărut un număr de noduli cenuşii, translucizi.*

La 20 Ianuarie atât vascularizaţia periferică a corneei drepte, cât şi nodulii săi abia se mai schiţează.

La 2 Februarie ochiul drept nu mai prezintă decât încă un uşor edem conjunctival perilimbic.

La 17 Februarie ochiul drept are aspectul normal.

Experienţa No. 36. — *Durata experimentării: 45 zile.*

Iepurele No. 19. Inoculat intracornean juxta-limbic superior, la OD, cu emulsie de foliculi trahomatoşi in ser sanguin de trahomatos la 11 Mai 1937.

Sacrificat şi enucleat OD la 24 Iunie 1937.

La 18 Mai se constată prezenţa unui *edem conjunctival perilimbic* şi a inelului pigmentar limbic, existenţa unui *şirag de foliculi translucizi, tangenţiali inelului pigmentar limbic*, cât şi aceia a unei *infiltraţii semilunare marginale superioare a corneei*, în care pătrund un număr de *laţuri vasculare sinuoase şi răzleţe.*

La 20 Mai banda de infiltraţie semilunară periferică superioară a corneei s'a mai lărgit şi odată cu ea *s'au înmulţit şi s'au mai alungit şi laţurile neovascularizării superioare a corneei.*

La 15 Iunie *inelul pigmentar limbic al corneei drepte este întrerupt* la partea sa superioară, *infiltraţia corneană periferică* superioară a *dispărut*, iar *laţurile vasculare neformate s'au împuţinat* şi au devenit mult mai discrete.

La 24 Iunie cornea OD nu mai prezintă aproape nimic anormal.

Experienţa No. 37. — *Durata experimentării: 45 zile.*

Iepurele No. 22. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, la OD, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser sanguin de trahomatos, la 11 Mai 1937.

Sacrificat şi enucleat OD la 24 Iunie 1937.

La 18 Mai OD prezintă o *congestie pericheratică* însoţită de *edem perilimbic, lărgirea fusiformă a inelului pigmentar pericheratic* în dreptul zonei de inoculare şi *încrustarea lui cu câţiva foliculi translucizi, infiltrarea semilunară periferică superioară a corneei*, cu un *început de neovascularizare* de partea nasală, sub forma unui şmoc de laţuri vasculare.

La 25 Mai OD prezintă încă un uşor edem pericheratic, cu *depigmentarea superioară a inelului pigmentar limbic*, care continuă să fie încrustat de foliculi, cu *lărgirea zonei de infiltraţie semilunară* periferică superioară a corneei şi cu *extinderea neovascularizării* corneene la aceiaşi zonă.

La 15 Iunie inelul pigmentar limbic al OD continuă să fie întrerupt superior, iar cornea continuă să prezinte infiltraţia cu vascularizaţia periferică superioară şi mai extinse.

La 24 Iunie fenomenele reacţionale corneene sunt în regres.

Experienţa No. 38. — *Durata experimentării: 64 zile.*

Iepurele No. 18. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, la OD, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser sanguin de trahomatos la 20 Aprilie 1937.

Sacrificat şi enucleat OD la 24 Iunie 1937.

La 27 Aprilie OD prezintă un uşor *edem pericheratic* şi *încrustarea inelului pigmentar limbic cu câţiva foliculi translucizi.*

La 4 Mai se constată întreruperea superioară a inelului pigmentar limbic şi în schimb *o pigmentare neoformată în formă de sector*, care ocupă segmentul superior al corneei, cu vârful spre centrul ei şi cu baza spre limb, pe care nu-l atinge. In restul de inel pigmentar perzistă câţiva foliculi cenuşii. Se constată, în fine, *o neovascularizare* cu laţuri vasculare largi, care pătrunde *sub formă semilunară în periferia segmentului superior al corneei.*

La 9 Mai *zona pigmentară neoformată corneană* în sector a început să devină *mai difuză*, iar *neoformaţia vasculară* este în curs de *mişcare.*

La 20 Mai *zona pigmentară neoformată* corneană *a dispărut* aproape complet, iar din neovascularizarea corneană nu a mai rămas decât *câteva laţuri vasculare discrete.*

La 24 Iunie *zona de întrerupere superioară a inelului pigmentar limbic a început să se repigmenteze*, căutând să refacă inelul. Perzistă încă câteva laţuri vasculare fine la periferia superioară a corneei.

Rezumând evoluţia clinică a leziunilor cerato-limbice studiate în această grupă de experienţe, în care pentru inocularea intracorneană a virusului trahomatos am întrebuinţat ca lichid de emulsionare serul sanguin inactivat al unui individ trahomatos, putem spune că aceste leziuni reproduc în linii mari aspectul, evoluţia şi durata leziunilor obţinute prin inoculările de virus emulsionat în ser fiziologic, de care se deosebesc totuşi prin intensitatea lor. In această a doua grupă de experienţe, edemul şi infiltrarea cherato-limbică sunt mai pronunţate şi mai întinse, neovascularizarea corneană apare mai bogată şi pe o bandă corneană mai largă, depigmentarea inelului pigmentar limbic este mai precoce, dar şi proliferările epitelului său sunt mai exuberante, tinzând să invadeze un sector cornean mai întins, pentru ca ulterior să dispară, lăsând loc reapariţiei progresive a inelului limbic, în fine foliculii limbici apar cu o vigoare variată după cazuri, constituiesc însă o leziune constantă. Inoculările intracorneene ale virusului trahomatos emulsionat în ser sanguin de trahomatos par deci să realizeze o reacţie cherato-limbică asemănătoare în totul acelela provocată de inoculările de virus trahomatos emulsionat în ser fiziologic, dar de o expresivitate cu mult mai accentuată.

Serul sanguin de trahomatos pare deci să activeze acţiunea inflamatorie specifică cherato-limbică a foliculilor trahomatoşi inoculaţi intracornean.

III. - Inoculări intracorneene cu emulsii de foliculi trahomatoşi în ser sanguin normal

Experienţa No. 39. — *Durata experimentării: 44 zile.*

Iepurele Nr. 19. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, la OS, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser sanguin normal la 11 Mai 1937.

Sacrificat şi enucleat OS la 24 Iunie 1937.

La 18 Mai se constată la OS o uşoară *congestie cu edemul conjunctivei perilimbice* superioare şi a inelului pigmentar corespunzător, însoţind *vascularizarea semilunară periferică superioară a corneei,* cât şi infiltraţia sa, de asemenea semilunară sub zona de vascularizare şi în jurul locului de inoculare.

La 15 Iunie *inelul pigmentar limbic al OS are un aspect marmorat,* neomogen, iar *cornea este uşor opalescentă în treimea superioară,* unde *prezintă o vascularizaţie* formată din laţuri vasculare mai alungite şi mai şerpuitoare, dar mai puţin abondente şi mai puţin exprimate ca la început.

La 24 Iunie situaţia OS, ceva mai atenuată, este sensibil asemănătoare celeia descrise anterior.

Experienţa Nr. 40. — *Durata experimentării: 44 zile.*

Iepurele Nr. 22. Inoculat intracornean juxta-limbic superior, la OS, cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser sanguin normal, la 11 Mai 1937.

Sacrificat şi enucleat OS la 24 Iunie 1937.

La 18 Mai OS prezintă un uşor *edem superior al conjunctivei perilimbice şi a inelului pigmentar* limbic corespunzător, însoţind o *vascularizare semilunară periferică superioară a corneei* şi infiltraţia corneei la locul inoculării.

La 15 Iunie se constată la OS *întreruperea superioară a inelului pigmentar* limbic, o fină *opalescenţă a treimei superioare a corneei,* în care pătrund un număr *de laţuri vasculare,* mai alungite şi mai şerpuitoare, dar mai discrete.

La 24 Iunie situaţia locală a OS este sensibil aceiaşi.

Privind în general evoluţia clinică a leziunilor cherato-limbice produse prin inocularea intracorneană a emulsiei de folicuri trahomatoşi în ser sanguin normal, constatăm că fenomenele infiltrative şi de neovascularizare corneană se produc ca şi în primele două grupe de experimentări, dar spre deosebire de acelea, în această ultimă grupă de experienţe nu apar niciodată formaţiunile foliculare limbice atât de caracteristice.

Serul sanguin normal pare deci să exercite o acţiune inhibitivă asupra acţiunei inflamatorii specifice cherato-limbice a foliculilor trahomatoşi inoculaţi intracornean.

IV. - Inoculări intracorneene cu ser sanguin de trahomatos

Experienţa Nr 41. — *Durata experimentării: 35 zile.*

Iepurele Nr. 9. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, la OS, cu ser sanguin de trahomatos, la 13 Ianuarie 1937.

Sacrificat şi enucleat OS la 17 Februarie 1937.

La 20 Ianuarie se constată la OS un *uşor edem superior al conjunctivei perilimbice* şi a inelului pigmentar limbic corespunzător, care prezintă o *abondentă incrustaţie de foliculi* translucizi, aşezaţi în şirag, cât şi o infiltraţie lineară juxta-limbică superioară la locul inoculării.

La 22 Ianuarie edemul limbic este mai atenuat, *inelul pigmentar limbic dislocat şi foliculii limbici mai puţin proeminenţi,* dar a început să apară de partea nasală o vascularizaţie corneană periferică superioară, în formă de câteva şmocuri de laţuri vasculare.

La 26 Ianuarie *a apărut o vascularizaţie semilunară periferică superioară intensă a corneei,* care proemină la acest nivel sub formă de treaptă, fiind însoţită de reapariţia mai intensă a edemului conjunctival limbic şi de o infiltraţie corneană în formă de sector, corespunzător locului său de inoculare.

La 2 Februarie edemul prelimbic şi infiltraţia corneană sunt mult atenuate, *foliculii limbici au dispărut,* iar vascularizarea corneană s'a atenuat şi ea reducându-şi atât numărul laţurilor vasculare cât şi turgescenţa lor.

La 8 Februarie perzistă numai o discretă infitraţie semilunară periferică, cu câteva laţuri vasculare discrete.

La 17 Februarie nu se mai constată decât câteva laţuri vasculare la periferia corneei.

Evoluţia clinică a OS inoculat numai cu ser sanguin de trahomatos se deosebeşte de aceea a OD a aceluiaşi animal, inoculat la aceeaşi dată cu emulsie de foliculi trahomatoşi în ser sanguin de trahomatos, prin apariţia mai abundentă şi de durată mai lungă a foliculilor limbici în reacţia inflamatorie cherato-limbică a OD.

Experienţa Nr. 42. — *Durata experimentării: 65 zile.*

Iepurele Nr. 17. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, la OD, cu ser sanguin de trahomatos, la 20 Aprilie 1937.

Sacrificat şi enucleat OD la 24 Iunie 1937.

La 21 Aprilie se constată la OD *edemul superior al conjunctivei perilimbice şi a inelului pigmentar* corespunzător, cu *infiltraţia lineară a corneei* la locul inoculării.

La 23 Aprilie se constată *lărgirea triunghiulară, spre centrul corneei, a inelului pigmentar* limbic al OD.

La 28 Aprilie OD prezintă, alături de alteraţiile anterioare, şi *un început de vascularizare corneană,* sub forma câtorva laţuri vasculare periferice superioare.

La 5 Mai *inelul pigmentar limbic a dispărut la partea superioară* a OD, iar *corneea prezintă o vascularizare semilunară periferică superioară,* care pătrunde într'o zonă corneană opalescentă corespunzătoare.

La 15 Mai opalescenţa periferică superioară a corneei a dispărut, iar vascularizaţia corneană corespunzătoare este mult atenuată.

Dela 25 Mai până la 20 Iunie leziunile cherato-limbice abia mai sunt vizibile.

La 24 Iunie ochiul drept nu mai prezintă nimic anormal.

Rezumând leziunile cherato-limbice obţinute prin inocularea intracorneană de ser sanguin trahomatos, constatăm că în liniamente generele se aseamănă cu acelea produse prin inocularea virusului trahomatos emulsionat în ser de trahomatos, de care se deosebesc însă prin inconstanţa apariţiei foliculilor limbici şi prin durata mai prescurtată a evoluţiei lor.

Serul sanguin de trahomatos inoculat singur în cornee este deci capabil să provoace reacţiunii inflamatorii cherato-limbice cu aspect specific trahomatos, dar de un caracter mai atenuat şi mai inconstant.

V. - Inoculări intracorneene cu ser sanguin normal

Experienţa Nr. 43. — *Durata experimentări: 65 zile.*

Iepurele Nr. 17. Inoculat intracornean, juxta-limbic superior, la OS, cu ser sanguin normal, la 30 Aprilie 1937.

Sacrificat şi enucleat OS la 24 Iunie 1937.

La 3 Mai se constată la OS existența unui *ușor edem conjunctival perilimbic* și al inelului pigmentar limbic, cu *câteva mici laturi vasculare*, care pătrund la partea superioară a periferiei *corneene.*

La 15 Mai se constată că *inelul pigmentar limbic este puternic dislocat la partea superioară* și că o *neovascularizare semilunară periferică superioară, a pătruns în cornee.*

La 30 Mai se observă că din inelul pigmentar limbic nu a rămas decât o fină striație dințată, care dă limbului un contur neprecis, și că vascularizația corneană s'a atenuat în mare parte, fiind redusă la câteva laturi vasculare, mai alungite, dar mai discrete.

La 24 Iunie limbul cornean superior este încă neprecis din cauza dispariției inelului pigmentar limbic, iar din vascularizația corneei abia se mai schițează câteva laturi vasculare discrete.

Din analiza studiului clinic de mai sus reiese că inocularea intracorneană de ser sanguin normal provoacă o discretă reacție cherato-limbică, caracterizată printr'un edem limbic și o ușoară neovascularizare periferică trecătoare a corneei, fără ca să provoace totuși apariția foliculilor limbici.

Serul sanguin normal nu este deci capabil să provoace reacția limbică foliculară caracteristică, pe care o provoacă totuși serul sanguin de trahomatos, inoculat în aceleași condiții tehnice.

* * *

In concluzie, **putem afirma deci că inoculările intracorneene a emulsiilor de foliculi trahomatoși în ser fiziologic, în ser sanguin de trahomatos, de ser sanguin normal, cât și acelea simple de ser sanguin de trahomatos și de ser sanguin normal sunt capabile să provoace o serie de reacțiuni inflamatorii cherato-limbice, caracterizate prin:**

1. Apariția unui edem al conjunctivei perilimbice, al tecilor perinervoase corneene și a inelului pigmentar limbic, urmat uneori de dislocarea, iar alteori de proliferarea epiteliului inelului pigmentar;

2. Congestia conjunctivei perilimbice și neovascularizarea semilunară periferică trecătoare a corneei în segmentul corespunzător zonei inoculate.

După inoculările intracorneene de emulsii de foliculi trahomatoși în ser fiziologic, în ser sanguin de trahomatos și de ser sanguin simplu de trahomatos, se mai ivesc în mod constant, în afară de aceste manifestațiuni cherato-limbice, și o serie de eruptiuni foliculare limbice caracteristice, care tind spre dispariție spontană. Aceste eruptiuni foliculare limbice nu apar după inoculările intracorneene de ser sanguin simplu normal și nici chiar după inoculările de emulsii de foliculi trahomatoși în ser sanguin normal. Aceste fapte par deci să arate că, nu numai că serul sanguin normal nu posedă în inoculări intracorneene calități foliculigene limbice, dar chiar că, acest ser anihilează sau inhibează și calitățile foliculigene ale foliculilor trahomatoși, când este utilizat ca vehicul emulsionant al acestora.

Din acest punct de vedere apare cu un deosebit contrast acțiunea serului sanguin de trahomatos care pare, din contra, să manifeste un deosbit efect stimulant foliculigen asupra foliculilor trahomatoși, atunci când le servește ca vehicul emulsionant.

Cercetări experimentale comparative făcute, în condițiuni bine precizate, direct pe conjunctiva umană, cu emulsii de foliculi trahomatoși în ser sanguin de trahomatos și în ser sanguin normal, constituesc împreună cu alte cercetări similare pe animale, obiectul unor noi probleme experimentale, pe care ne rezervăm dreptul să le tratăm într'o lucrare ulterioară.

RESUMÉ

La kératite trachomateuse expérimentale

Les auteurs ont étudié comparativement les kératites provoquées chez le lapin par l'inoculation intracornéenne du virus trachomateux émulsionné successivement dans le sérum physiologique, le sérum sanguin inactivé d'un trachomateux et celui d'un homme normal, tout comme par l'inoculation isolée de ces deux derniers sérums sanguins.

A la suite de ces recherches ils ont constaté que toutes ces inoculations sont capables à provoquer une série de réactions inflammatoires kérato-limbiques caractérisées par:

1. L'apparition d'une oedème de la conjonctive périlimbique, des gaines périnerveuses cornéennes et de l'anneau pigmentaire limbique, ce dérnier étant suivi quelquefois par la dislocation et d'autrefois par la prolifération de son épithélium pigmentaire.

2. La congestion de la conjonctive périlimbique et la néovascularisation semilunaire périphérique passagère de la cornée, dans le segment correspondant à la zone inoculée.

Après les inoculations intracornéennes des émulsions du virus trachomateux dans le sérum physiologique, le sérum sanguin trachomateux et même après l'inoculation du sérum sanguin trachomateux simple, on remarque encore, à côté de ces manifestations kérato-limbiques, l'apparition d'une série d'éruptions folliculaires limbiques caractéristiques, ayant la tendance à la disparition spontanée. Ces éruptions folliculaires limbiques n'apparaissent pourtant après les inoculations intracornéennes du sérum sanguin normal simple, ni même après les inoculations des émulsions du virus trachomateux dans ce dérnier sérum.

Il paraît donc que le sérum sanguin normal, en inoculations intracornéennes, est non seulement dépourvu de propriétés folliculigènes, mais qu'il neutralise encore les mêmes propriétés du virus trachomateux, quand il lui sert comme liquide d'émulsion. A ce point de vue, le sérum sanguin trachomateux manifèste, au contraire, un effet stimulant sur les propriétés folliculigènes du virus trachomateux, quand il lui sert comme liquide d'inoculation.

ZUSAMMENFASSUNG

Keratitis trachomatosa experimentalis

Die Autoren haben vergleichend studiert die Keratitiden welche man bei den Kaninchen produzieren kann, durch Hornhautinokulationen des Virus trachomatosus emul-

sioniert in Serum physiologicum, in inaktivierten Blutserum einer trachomatiker und in normaler Blutserum, wie auch durch die isolierte Inokulation dieser zwei letzten Blutserum.

In Folge dieser Untersuchungen haben Sie bemerkt, dass alle diese Inokulationen fähig sind entzündliche Hornhautreaktionen zu provozieren, welche karakterisiert sind durch:

1. Der Zustandekommen eines Oedems der pelimbischer Bindehaut, der Scheiden der Hornhautnerven und des limbisches pigmentiertes Ring der Hornhaut, welcher einigermal von eine Dislokation und anderemal von eine Proliferation seines pigmentiertes Epithel verfolgt ist.

2. Die Hyperhemie der perilimbische Bindehaut und die sichelartige, peripherische, vorübergehend Neovascularisation der Hornhaut in den Nachbarschaft der inokulierte Zone.

Nach den Hornhautinokulationen des Virus trachomatosus emulsioniert in Serum physiologicum, in trachomatischer Blutserum, wie auch nach den isolierte Inokulation des trachomatisches Blutserum, bemerkt man noch, neben alle diesen kerato-limbischen Manifestationen, den Zustandekommen einer limbischer karakteristischer Follikeleruption, mit einer spontan heilenden Tendenz. Diese limbische Follikeleruptionen kommen niemals aber, nach den Hornhautinokulationen des isolierten normalen Blutserums, wie auch nach den Inokulationen des Virus trachomatosus emulsioniert in diesen letzte Serum. Es scheint also, dass der normale Blutserum, in Hornhautinokulationen, hat keine Tendenz limbische Follikeln zu provozieren und das er diese Aktion des Virus trachomatosus neutralisiert, wenn er als Emulsionflüssigheit dieser Virus dient. Der trachomatischer Blutserum besitzt in gegenteil ein stimulierendes Erfolg über den trachomatischer Virus, wenn er als sein Inokulationsflüssigkeit gebraucht ist.

Considerațiuni clinice asupra cancerului desvoltat pe bontul uterin

de

Dr. T. Petrescu, medic primar și **Dr. I. Duca**, medic secundar

La scurt timp după ce s'a început practicarea histerectomiei subtotale, se ivește și primul caz de cancerizare a bontului, publicat de către Fleischmann la Wiena în 1889. De atunci oridecâteori se aduceau în discuție avantajele și desavantajele histerectomiei totale sau subtotale, revenea și problema cancerizării bontului uterin. Citâm printre autorii care au publicat cazuri de cancer al colului după histerectomie subtotală pe Pean, Condamin, Richelot, Monod, Gaghey, Lecene, Scheffer, Stark, iar la noi Mavrodin și Țovaru în revista Științelor medicale 1931.

Mai recent Dr. Ruhl dela Universitatea din Köeln face în „Geburtshilfe und Frauenheilkunde" o judicioasă expunere asupra alor 27 cazuri observate în 13 ani, indicând formele și rezultatele obținute prin diferite metode de tratament. Pentru a nu ne expune de a considera ca atare un cancer primitiv al colului, o metastază sau o evoluție a unui cancer latent, nu se iau în considerare decât acelea care apar cel puțin după cinci ani dela histerectomie și numai acelea ce provin după o intervenție făcută pentru o afecțiune benignă (miom, inflamații utero-anexiale, complicații obstreticale, etc.

Intervalul de timp dintre operație și data apariției cancerizării bontului este variabil, unii autori publicând cazuri apărute după opt luni până la zece ani în mod excepțional chiar 22 ani (cazul lui Tixier) și 30 ani (cazul lui Braun).

In cazul nostru cancerizarea bontului a survenit după 13 ani și după histerectomie făcută pentru inflamație genitală, tot în spitalul nostru în secția Chirurgicală.

Autorii sunt de acord asupra vârstei, admițând că apariția cancerului pe bont este mai mare în timpul vârstei menopauzei (Forgue, J. L. Faure, Lecene).

După operația după care a apărut cancerizarea pe bont se pare că boala cea mai frecventă pentru care au fost operate femeile cu această complicație, este fibromul uterin. — Astfel pledează și statisticele lui Tixier și Labée la al XXX-lea congres francez de chirurgie, Forgue admițând că degenerescența epitelială a fibromului este în proporție de 3%, iar Tixier 5%, de multe ori fibromul coexistând cu neplasmul, ceea ce pledează în favoarea teoriei lui Richelot asupra terenului constituțional tumoral. — Alte afecțiuni după care sau produs cancerizări ale bontului sunt: chistele de ovar (Wiele) anexita (Roche, Resineli) metrita și scleroza uterină (Magnani) și Cezariana (Bossi).

S'a incriminat insuficiența secretorie ovariană ca predispozantă prin turburările trofice ce se produc la nivelul bontului. — De asemenea inflamațiunile cronice, insule epiteliale rătăcite în grosimea colului, iritațiunile cronice și după părerea lui Pollasson condițiile anatomice și fiziologice speciale ale bontului ar creia după histerectomie o predispoziție pentru cancerizarea bontului.

Frecvența cancerizării este variabilă după autori. Unii ca David Lincoln dau o proporție de 5—6%, Gagey de 4%, Frank de 2%, iar Sanders de 0,87%. — Media frecvenței după Albrecht ar fi 0,40% și J. L. Faure 1%, iar majoritatea statisticelor celorlalți autori sunt în jurul acestor cifre.

Din punct de vedere anatomo-patologic cancerul bontului nu se deosebește de cel primitiv. — Majoritatea sunt epitelioame malpighiene ale epiteliului pavimentos stratificat, mai rari sunt cele cilindrice și mai puțin frecvente cele glandulare. — Ca aspect macroscopic îmbracă aceeași formă ca și cancerele primitive ale colului uterin: forma vegetantă, ulcerioasă terebrantă, endocervicală hipertroficală și nodulară. — Evoluează mult timp blocate numai la col fără a prinde parametrele, iar mai târziu evoluează spre vagin și apoi spre vezica urinară dând leziuni infiltrative ale peretelui.

Din punct de vedere al evoluției epiteliomul pavimentos este mult mai grav ca cel cilindric, iar forma spinocelulară mai gravă ca cea bazocelulară.

Prognoza cancerului pe bont este considerată de unii autori mai gravă ca a celui primitiv pe colul uterin însă după publicațiile lui Ruhl care dă 40% vindecări absolute și acelea a lui Wrews care pe 189 cazuri dă un procent de 32,7%, se poate trage concluzia că dacă prognoza cancerului desvoltat pe pontul colului nu este mai bună decât a celui primitiv în ori ce caz nu poate fi socotită mai rea.

Ca tratament sunt împărțite în trei grupe după clasificarea internațională stabilită de comisia medicală a Societății Națiunilor ca și cancerele primitive ale colului uterin. — Ruhl recomandă chiar în cazurile din grupa I-a radium preoperator extirpare pe cale vaginală sau abdominală și radium sau Röntgen-terapie post operatorie. — In grupa II-a și a III-a radium terapie combinată cu röntgen-terapie

In ce privește tratamentul chirurgical, el constă din ablațiunea secundară a colului cancerizat. — Calea vaginală a fost recomandată de mulți autori, se pare însă că dă un mare număr de fistule vezico-vaginale sau recto-vaginale din cauza aderențelor existente. — Calea abdominală este cea mai frecvent întrebuințată și constă în colpo-cervicectomia lărgită tip Wertheim.

Aparația cancerului pe bontul uterin rămas după histerectomie a ridicat multiple discuțiuni asupra histerectomiei subtotale care a căutat să fie înlocuită pe cât posibil prin histerectomia totală, pentru a se evita această neplăcută complicație, fapt care a împărțit pe chirurgi și ginecologi în două tabere deoarece unii și cei mai mulți susțineau că este o greșeală a se renunța la avantajele histerectomiei subtotale care este o operație puțin șocantă și cu rezultate foarte bune în raport cu eventualitatea minimă și îndepărtată a cancerizării bontului. — Ruhl și Lecene dau un procent de 1:300 în cancerizarea bontului, încât practic această eventualitate este neglijabilă.

Concluziunea practică la care au ajuns majoritatea ginecologilor și pe care am adoptat-o și noi, este ca histerectomia totală să fie practicată atunci când se poate executa ușor și fără mari dificultăți care să pericliteze rezultatul operației deoarece după cum susține și Pekartz desavantajele și pericolele care le prezintă momentan histerectomia totală, sunt la fel cu desavantajele tardive ale histerectomiei subtotale prin eventualitatea apariției acestei complicațiuni.

Redăm mai jos observația cazului nostru.

Femeia T. M. de 49 ani se prezintă la spital în ziua de 13 Iulie 1940 pentru mici pierderi de sânge pe care le are de 2 săptămâni.

Antecedente personale: Menstrată la 15 ani, mestruația regulată tot timpul. A avut o sarcină la termen. In 1927 este operată în acest spital făcându-i-se o histerectomie subtotală pentru o afecțiune genitală inflamatorie. — De atunci devine amenoreică neprezentând nicio tulburare până în prezent. De vreo 2 săptămâni începe să piardă puțin sânge după coit. Inainte cu vreo câteva zile a avut o hemoragie mai abundentă care a făcut-o să se interneze în spital.

Starea prezentă: La examenul genital se constată colul puțin mărit, însă regulat, neprezentând nimic anormal decât orificiul extern intredeschis. La examenul cu speculul și histero-metrul se produce o hemoragie. Mobilitatea păstrată, parametrele, vezica și rectul libere.

Diagnostic: Cancer desvoltat pe bontul colului.

Intervenție chirurgicală, operatori: Dr. T. Petrescu și Dr. I. Duca. Rahi-anaestezie cu novocoff.

Laparatomie mediană subombilicală. Se degajează aderențele epiploice și se apucă partea superioară a bontului liberându-se cu atenție prin decolare anterioară de vezică apoi posterior și pe laturi. Se face hemostaza pediculelor uterine apoi se amputează partea superioară a vaginului împreună cu colul după ce mai întâi s'a degajat și sau făcut vizibile ureterele. Se drenează vaginal și se peritonizează.

Se trimite piesa la Institutul de Anatomie Patologică al facultății de medicină din Cluj și se constată prezența unui cancer spino-celular.

Femeia iese din spital după 19 zile vindecată.

Este aproape un an de când a fost operată și femeia să găsește în bună stare de sănătate și nicio recidivă nu a apărut.

Ca amănunt de remarcat asupra acestui caz este că deși din punct de vedere macroscopic cancerul se prezenta ca un cancer endocervical, prin examenul anatomo-patologic s'a constatat un cancer spino-celular desvoltat probabil pe insule rătăcite de epiteliu pavinentos.

SPITALUL DE STAT DIN SIGHIȘOARA, SECȚIA DE MATERNITATE ȘI GINECOLOGIE

RESUMÉ

Les auteurs rapportent un cas de cancerisation du col uterin après une histerectomie subtotale practiqée avant 13 années. Avec cette ocasion ils font des considerations anatomo-pathologiques, pathogéniques, et thérapeutiques, discutant les avantages et les desavantages des histerectomies subtotales.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser berichten über einen Fall von Collumkarzinom welcher nach 13 Jahren nach einer subtotalen Uterusextirpation aufgetreten ist. Bei diesser Gelegenheit stellen sie Betrachtungen an über die Vor- und Nachteile der subtotalen Uterusextirpation mit Bezugnahme auf das anatomopathologische Geschehen, die Pathogenitat sowie über die möglichen theurapeuthischen Massnahmen.

Forma pseudo-litiazică a cancerului pancreatic*)

de

Dr. Virgil Stanciu, medic secundar

Termenul de pseudo-litiază pe care l-am enunţat în titlul lucrării de faţă, deşi impropriu, a fost întrebuinţat de către Fiessinger în descrierea unui caz similar.

In cazul nostru e vorba de un cancer al capului pancreasului, care clinic şi la examinările de laborator imită un calcul al coleducului. Inainte de descrierea cazului şi pentru situarea acestei probleme să-mi permiteţi a indica în câteva cuvinte caracterele clasice ale acestor două afecţiuni (Fiessinger).

Calculul coledocian mai fregvent la femei decât la bărbaţi, apare de obiceiu între 30—50 de ani în mod violent printr'o colică hepatică. Aproape întotdeauna găsim prezent icterul, nu permanent, ci variabil, fără temperatură. Colicile hepatice sunt întotdeauna însoţite de temperatură şi adeseori procedate de frisson, observând în acelaşi timp şi o intensificare a icterului. La examen, vezica nu e mărită, ficatul mărit, pigmenţi biliari prezenţi în sucul duodenal. Starea de nutriţie bună.

Cancerul capului pancreasului îl găsim mai frecvent la bărbaţi între 50—65 de ani. Apare în mod insidios prin fenomene dispeptice, greaţă, anorexie electivă faţă de carne, turburări intestinale ca diarei sau constipaţii. Icterul e prezent şi odată instalat, evoluiază progresiv fără remizii, devenind un icter melas (verde-brun). Absenţa pigmenţilor biliari în sucul duodenal. Prurit intens. Ficatul mare şi sensibil. Vezica biliară palpabilă (semnul lui Courvoisier-Terrier). Starea de nutriţie rea. Bolnavul se emaciază.

Bolnavul pe care l-am observat noi timp de mai multe săptămâni e un exemplu curios deoarece cu toate examenele numeroase şi repetate, am fost induşi în eroare în punerea diagnosticului dela internare şi până la intervenţia chirurgicală.

Nu voiu intra în detaliu la descrierea foii de observaţie, mă voiu mărgini numai a schiţa datele mai importante.

Bolnavul Petre L. în vârstă de 65 de ani intră în serviciul medical dela Spitalul Public Sibiu în ziua de 2 Ianuarie a. c., pentru icter, greţuri, vărsături, dar mai ales pentru un prurit intens.

In antecedentele personale neagă altă boală şi cu deosebire neagă boli infecto-contagioase. Nu e fumător şi uzează de băuturi alcoolice în doze moderate.

Boala actuală datează din luna Septemvrie 1940. A început în mod insidios prin greţuri, vărsături şi lipsa poftei de mâncare. In deosebi nu mai putea tolera grăsimile. De asemenea prezenta dureri localizate în regiunea epigastrică cu iradieri în spre ipohondrul drept şi spate. Vârsăturile şi durerile surveneau la aproximativ 1/2 — 1 oră după alimentaţie. De asemeni avea uneori dureri şi noaptea pe la 1. La 14 zile dela începutul boalei a observat în regiunea frunţii şi la ochi o coloraţie gălbuie, care s'a pronunţat în zilele următoare. In acelaşi timp a prezentat o mâncărime a pielei foarte pronunţată. A observat o colorare a materiilor fecale, iar urina a luat o culoare închisă cu miros puternic. Spre sfârşitul lunei Septemvrie, pe la orele 1—2 noaptea a fost cuprins de o durere violentă în regiunea ficatului cu iradieri în spate şi însoţită de temperatură, iar în ziua următoare a observat o intensificare a coloraţiei icterice a tegumentelor. Criza dureroasă a durat aproximativ 4 ore, necesitând chemarea de urgenţă a unui medic care i-a administrat o injecţie, probabil cu morfină.

La examenul clinic al bolnavului, făcut la internarea în serviciul nostru, se constată:

Tegumentele intens colorate în galben. Ţesutul celular subcutanat redus.

La percuţia pulmonară nimic deosebit. La ascultaţie, câteva raluri bronşice asupra ambilor pulmoni.

Socul apexian în spaţiul al 5-lea intercostal stâng. Nu se percep sufluri cardiace.

La inspecţia abdomenului, se constată o uşoară tumefiere la nivelul hipohondrului drept, sensibilă la palpare. La percuţie ficatul depăşeşte falsele coaste cu aproximativ un lat de palmă. Vezica biliară nu se palpează. Splina nu e mărită.

*) Comunicare făcută societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu.

Din partea sistemului nervos nimic deosebit. Sero-reacţiunea Bordet-Wassermann negativă. Hematii: 4,200 000. Leucocite 6200.

La examenul radioscopic al stomacului şi pasaj intestinal se constată o ptoză gastrică, o ptoză a colonului transvers. Colecistografia negativă. Urina intens colorată. Nu conţine albumină, zahăr, puroiu sau sânge. Pigmenţii biliari intens pozitivi în urină.

In urma tubajului duodenal asociat cu proba Meltzer-Lyon am obţinut bilă A, B şi C în cantitate normală, iar la examenul citologic al bilei s'au găsit germeni grav negativi, rari leucocite şi rari celule epiteliale. Acest tubaj s'a repetat de 5 ori în timpul ospitalizării bolnavului în serviciul nostru, obţinând acelaşi rezultat.

In urma examenului clinic al bolnavului am găsit în decursul celor 6 săptămâni de ospitalizare că acest bolnav a prezentat două sindrome.

1. *Un sindrom intermitent de colică hepatică (3 la număr)* şi cari nu puteau fi deosebite de o colică calculoasă: localizare subcostală, intensitate neputând fi calmată decât cu morfină, durere la palpaţie la nivelul vezicii biliare cu iradieri în spate, frisson, temperatură, iar a doua zi o accentuare în coloraţia icterică a tegumentelor. După două zile totul revenea la normal, temperatura scăzând la 36,6, iar tegumentele luând o coloraţie mai puţin icterică. Aceste crize se reproduceau la interval de 12—15 zile şi imitau perfect litiază coledociană infectată descrisă de Chauffard.

2. *Un al doilea sindrom permanent* caracterizat prin turburări digestive constante, greutate în digestie, anorexie, slăbire progresivă, un subicter permanent, cu un ficat mare şi o vezică dureroasă.

Am avut deci intrunite toate elementele clinice pentru o liziană coleduciană.

La examinările făcute: bila prezentă în sucul duodenal (la 6 tubajuri) colecistografia negativă, urobilina şi bilirubina prezentă în urină: deci alte date care ne-ar confirma diagnosticul de litiază coledociană.

Domnul Prof. Haţieganu căruia am avut cinstea de a-i prezenta acest caz, ne-a confirmat presupunerile noastre mai sus menţionate, însă cu anumite rezerve. Ceea ce a remarcat D-sa neobişnuit în litiaza coledociană şi în consecinţă şi la cazul nostru, sunt următoarele:

1. *Sexul*, litiaza coledociană fiind cu mult mai frecventă la femei decât la bărbaţi.

2. *Vârsta*. Litiaza frecventă între 30—50 ani; bolnavul nostru având 65 de ani.

3. *Inceputul boalei*: în litiaza coledociană de obiceiu avem un început brusc. Ori, în cazul nostru am avut un debut insidios şi abia la 4 săptămâni dela începutul boalei, bolnavul a prezentat o colică hepatică.

4. Ficatul, în litiaza coledociană e mărit, însă nu exagerat.

La bolnavul nostru, ficatul e mult mărit.

In urma examinărilor clinice, radiologice şi de laborator, cu observaţiile şi rezervele susmenţionate, am trimis bolnavul serviciului chirurgical pentru intervenţie cu diagnosticul de litiază coledociană. S'a făcut intervenţia chirurgicală în ziua de 15 Februarie 1941 şi ne-am aşteptat să găsim un calcul inclavat în coledoc.

Şi abia acum începe surpriza: Vezica biliară normală, fără bilă, coledocul liber, fără niciun calcul. Ficatul mult mărit.

Capul pancreasului mărit şi dur la palpaţie.

Diagnosticul stabilit în urma intervenţiei chirurgicale făcută a fost de cancer al capului pancreatic.

Am avut deaface deci cu un cancer al capului pancreatic care nu producea o obstrucţie completă a coledocului şi care prin procesele inflamatorii secundare înfăţişa tabloul litiazei coledociene infectate.

In literatură, Brulé şi Fiessinger publică câteva cazuri similare. La noi, fostul Ministru Mârzescu, suferind de o afecţiune hepatică însoţită de colică a fost diagnosticat la Paris de litiază coledociană, iar la intervenţie s'a găsit un cancer pancreatic.

Dacă, în formele acestea pseudo-litiazice a cancerului capului pancreatic cu toate examinările făcute nu am reuşit a pune un diagnostic real, ar fi trebuit totuşi căutate şi alte elemente. De ex.: s'ar fi putut căuta prezenţa fermenţilor pancreatici în sucul duodenal. Lipsa acestora nu ne-ar fi arătat o compresiune a canalului Wirsungian şi în consecinţă să ne îndrume în spre diagnosticul unui cancer al capului pancreatic?

Insă tabloul clinic pe care l-am observat noi (cu rezervele menţionate) a fost aşa de tipic încât nu ne-a venit ideia de a ne gândi la un cancer pancreatic. Cel mult în urma observaţiilor făcute de către d-l Prof. Haţieganu am putut pune în combinaţie posibilitatea existenţei unui cancer vaterian.

Insă ceea ce a predominat la acest caz au fost colicele însoţite de procesul infecţios al căilor biliare mari şi nu sindromul mecanic de obstrucţie. Această imprecizie de diagnostic începe încetul cu încetul să fie justificată.

Intru cât forme asemănătoare de cancer pancreatic sunt extrem de rare şi cum litiază coledociană e destul de frecventă, era logic de a ne înşela, chiar inevitabil, dupăcum constată şi Fiessinger într'un caz descris de dânsul.

Am ţinut să prezint acest caz tocmai din cauza acestei rarităţi a cancerului pancreatic cu alură de litiază coledociană şi din cauza situaţiei dificile în care suntem puşi pentru stabilirea diagnosticului în asemenea cazuri.

SPITALUL PUBLIC SIBIU, SERVICIUL MEDICAL
Medic primar: Dr. C. Manta

RESUMÉ

La forme pseudo-lithiasique du cancer pancréatique

Dans le cas présent il s'agit d'un malade qui à tous les examens cliniques et de laboratoire donne l'image d'un calcul coledocien. Le malade P. âgé de soixante-cinq ans est interné à l'hôpital à cause des douleurs, de l'ictère et surtout à cause d'une prurit intense. La maladie a commencé d'une manière insidieuse par l'ictère et à peine au bout de deux semaines dès son comencement est survenue une crise forte localisée dans la région du foie avec des irradiations dans le dos. Simultanément la température monte. A l'éxamen fait au malade pendant les six semaines qu'il a passées dans le service, on a constaté que le malade est ictérique, qu'il présente un prurit intense et qu'il est afébrile. Le foie est modérément agrandi. Aux examens de laboratoire: l'essai Melzer-Lyon positif, répété cinq fois avec le même resultat. Des pigments biliares positifs dans

l'urine. La colécistographie négative. Il a présenté au décours de ces six semaines d'hospitalisation trois coliques hépatiques accompagnées de fièvre. On a diagnostiqué l'éxistence d'un calcul colédocien et le malade a été envoyé à l'intervention chirurgicale, où on a constaté un cancer de la tête pancréatique, qui cliniquement et aux examens faits, imitait parfaitement un calcul colédocien.

ZUSAMMENFASSUNG

Pankreaskrebs unter Symptomen eines Choledochussteines

In gegenwärtigem Falle ist die Rede von einem Kranken im Alter von 65 Jahren, bei welchem alle klinischen und Laboratorium-Untersuchungen einen Choledochusstein vortäuschen.

Die Krankheit begann langsam, mit Gelbsucht und nach zwei Wochen traten starke, in der Lebergegend lokalisierten Schmerzen auf, mit Ausstrahlungen gegen den Rücken und Temperatur. Nach der klinischen Spitalsuntersuchung wurde Icterus mit intensivem Pruritus, keine Temperatur, festgestellt. Die Leber war vergrössert, die Melzer-Lyon Probe positiv, Leber-Pigmente im Urin positiv, die Cholecistographie negativ. Im Verlaufe von 6 Wochen, die der Kranke im Spital war, hatte er drei Leberkrisen von Fieber begleitet. Die Diagnostik lautete auf Choledochusstein und der Kranke wurde einer Operation unterzogen. Bei dieser Gelegenheit ist Krebs des Pankreas-Kopfes festgestellt worden.

Accidentele salvarsanice

de

Dr. Petre Târlea, şef de lucrări

I

De câtva timp suntem solicitaţi de către un număr mare de confraţi medici universali din provincie, cari în cursul administrării tratamentului antisifilitic, adeseori se găsesc în faţa unor accidente, pe care nu le ştiu interpreta la adevărata lor valoare şi astfel sunt în mare dilemă în privinţa conduitei terapeutice imediate şi ulterioare faţă de aceşti bolnavi. Această problemă capătă în zilele noastre o actualitate şi mai mare, întru cât toată lumea medicală ştie, că în urma evenimentelor din ultimii doi ani, prin mişcarea mare de mase omeneşti cu prilejul concentrărilor, mobilizărilor şi al războiului actual, morbiditatea în boli venerice a crescut brusc. Creşterea aceasta se înregistrează mai cu seamă sub raportul frecvenţei sifilisului, fapt semnalat de Clinica Dermato-venerică din Cluj încă din anul trecut şi confirmat în şedinţa Consiliului Sanitar Superior din primăvara anului curent, când s'a discutat această problemă importantă împreună cu a celorlalte boli sociale. Ca urmare firească a acestor stări, tratamentul sifilisului azi se face pe o scară foarte întinsă, de către medicii din toate categoriile, având în vedere simplitatea tratamentului modern sub raportul utilajului medicamentos şi instrumental. Este deci natural, ca din numărul mare de bolnavi, ţinând cont şi de condiţiunile anormale de trai ale timpurilor actuale, să se ivească un număr mai mare de accidente, provocate de tratamentul salvarsanic în primul rând. De aceea cred, că această lucrare va fi spre folosul tuturor acelora, cari vor fi vizaţi de consideraţiunile cuprinse în aceste rânduri, dându-le indicaţii precise de conduită în toate cazurile posibile, ce intră în această problemă, bazându-mă pe lunga experienţă personală şi pe cea a Şcolii Dermato-Sifiligrafice Clujene.

In cele ce urmează, mă voiu ocupa numai de problema accidentelor salvarsanice din vastul complex al accidentelor, ce se pot ivi în cursul tratamentului antisifilitic, acestea fiind mai frecvente, mai serioase şi mai importante, prin însăşi importanţa inegalabilă a preparatelor salvarsanice faţă de celelalte medicamente antisifilitice arsenicale, bismutice sau mercuriale. Apoi, ţin să precizez dela început, că n'am intenţia de a înşira în mod schematic accidentele salvarsanice şi tratamentul lor — ceea ce se găseşte în orice tratat de specialitate, ci rostul adevărat al acestor rânduri este, de a da indicaţii de conduită imediată şi ulterioară atât de importante pentru soarta bolnavilor, cari au prezentat astfel de accindente. Apoi voiu arăta, care din aceste accidente constituesc contraindicaţii absolute pentru continuarea tratamentului cu preparate salvarsanice şi care sunt cazurile, care deşi în aparenţă grave, totuşi permit continuarea tratamentului cu aceste preparate în anumite condiţiuni. Şi în fine, voiu schiţa precauţiunile pe care trebue să le luăm în cazurile, la care, în cursul tratamentului salvarsanic, se ivesc semnele prevestitoare ale accidentelelor.

Consultând literatura medicală sub raportul accidentelor salvarsanice, ne frapează numărul mic de publicaţii asupra acestei probleme, mai cu seamă lucrări de ansamblu, care să se bazeze în primul rând pe concepţiile moderne despre mecanismul de producere al acestor accidente şi care să trateze conduita terapeutică sub acest raport. De aceea este indispensabil pentru a evita această lacună, să dau câteva noţiuni

FELLOWS

SIROP

ajută să combată efectele debilitante ale infecțiunilor aparatului respirator și ale sarcinei, precum și debilitarea provocată de regim și în afară de aceasta este un excelent stimulent al poftei de mâncare.

Acest medicament sigur și reconfortant conține valoroase săruri minerale și este prescris de medici, de mai bine de 60 de ani, în toată lumea.

La prepararea Siropului FELLOWS se aplică o atât de mare minuțiozitate, încât numai la cererea expresă de FELLOWS este asigurată aceiași calitate neschimbată.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

BUCUREȘTI I. — Str. Sf. Ionică. 8.

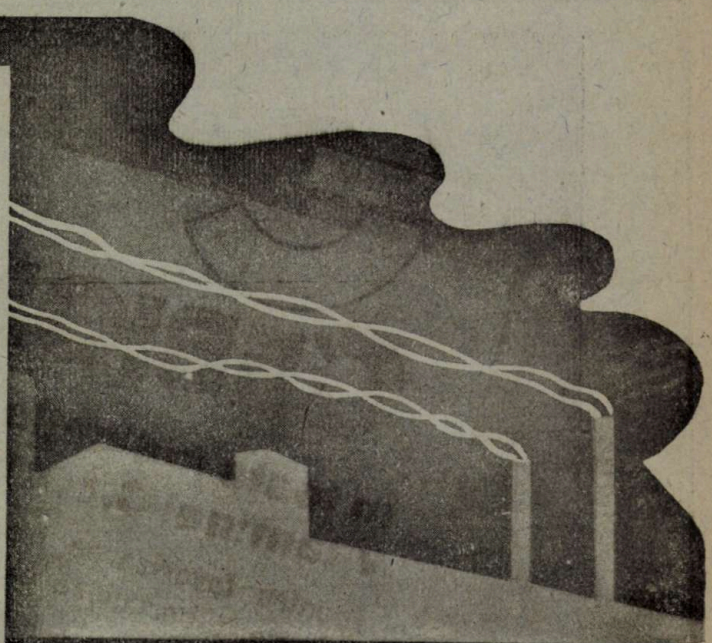
LA **GRIPĂ** ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB à 10 TABLETE
TUB à 20 TABLETE
ETUIS à 6 TABLETE



Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC · SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE
Dubois

drageuri *picături*

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

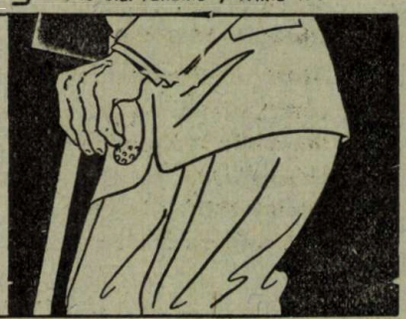
LABORATOIRES **DUBOIS** 16 Bld. PERERIE, PARIS 17e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE
Dubois

picături *fiole*

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANȚĂ



Mostre medicale la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREȘTI IV

VITAMINĂ C

CEBION merck

In toate indicațiunile terapeutice ale vitaminei C, de ex în **maladii infecțioase**

(pentru favorizarea tratamentului în gripă, pneumonie, difterie, tuberculoză etc.)

Tablete de 0,05 gr
Fiole de 0,05 gr (1 cmc)
Fiole de 0,1 gr (2 cmc)
Fiole de 0,5 gr (5 cmc) = CEBION „forte"

E. MERCK · DARMSTADT

Reprezentanța generală:
Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, **București I,** Str. T. G. Masaryk No. 32

generale de patogenie şi a plasa pe fiecare din accidentele salvarsanice în categoria cuvenită a manifestaţiunilor biologice, cuprinse în noţiunile moderne de: intoleranţă (idiosincrazie, sensibilizare), biotropism-alergie, etc.

In cele ce urmează, voiu expune accidentele ce se pot ivi în cursul tratamentului antisifilitic întrebuinţând preparate arsenicale trivalente, reprezentate prin, Neosalvarsan şi preparate similare novarseno-benzolice pe cale intravenoasă, aceasta fiind metoda cea mai eficace, prin care se obţin rezultatele terapeutice cele mai rapide şi sigure.

Accidentele salvarsanice se clasifică în:

I. *Accidente locale,* condiţionate de o tehnică greşită, medicamentul fiind întrodus paravenos. Bolnavul semnalează dureri ascendente de-a-lungul venei respective, ori dureri locale violente, pe care le simte în timpul injecţiei, toată regiunea tumefiindu-se, în prezenţa unor fenomene inflamatorii pronunţate, dela infiltraţii dureroase, până la necroza şi eliminarea ţesuturilor moi, sub formă de escare.

II. *Accidente generale,* cu varietăţile: *arseno-sifilitice,* de *intoleranţă* şi *toxice, uşoare* ori *grave* (serioase), *sistematizate,* sau nu, iar din punct de vedere cronologic: *imediate, precoce* şi *tardive.*

A) Accidente generale arseno-sifilitice

Ele corespund celor netoxice care în realitate nu se atribue acţiunii vătămătoare a preparatelor salvarsanice, ci dimpotrivă, activităţii pronunţate a acestora, prin distrugerea masivă a treponemilor, ori din contră, acţiunii insuficiente a medicamentelor antisifilitice, atunci când doza injectată este subterapeutică, exaltând virulenţa agentului patogen. Ele fac parte din categoria accidentelor uşoare şi trecătoare, deci fără gravitate. Cunoscând existenţa acestor manifestaţiuni şi apreciindu-le în sensul de mai sus, nu vom cădea în greşeala atât de generalizată a medicilor nespecialişti, cari la ivirea acestora, sistează tratamentul arsenical şi astfel îi privează pe bolnavi de binefacerile acestui tratament energic, care asigură rezultate terapeutice optime.

1. Dintre aceste accidente, unele sunt *precoce* şi uşoare, reprezentate prin:

a) *febra reacţională* din seara primei injecţii, precedată de fiori şi însoţită de o stare de prostraţie şi cefalee, fenomene ce dispar în timpul nopţii, ca să nu se mai repete la celelalte injecţii. Ea este produsă de acţiunea endotoxinei spirilare asupra centrului termoregulator, pusă în libertate de distrugerea masivă a spirochetelor. Insă dacă în cursul tratamentului antisifilitic apar ascensiuni termice, care nu se pot explica prin alte cauze, atunci febra va avea rolul unui semnal de alarmă, prevestitorul unor accidente serioase, deci în aceste cazuri ne vom pune în gardă.

b) *Reacţiunile spirilare tip Herxheimer* (conflict terapeutic Milian) aparţin tot accidentelor precoce şi uşoare. Ele apar la câteve ore după prima injecţie de Neosalvarsan şi se traduc prin fenomene congestive la nivelul leziunilor sifilitice, făcând să izbucnească erupţiuni încă latente, dar în curs de generalizare, ori să se intensifice cele existente. Aceste reacţiuni au aceeaşi patogenie, ca şi febra reacţională. Ele pot fi provocate şi de alte cauze generatoare de şocuri puternice în organismul din perioada de septicemie sifilitică. Astfel recent, administrând o injecţie intravenoasă de Dmelcos (112 milioane streptobacili, unui bolnav suferind de un bubon şancros, tratat la un ambulator antiveneric, a treia zi îi apare un exantem maculo-papulos intens. Seroreacţiunea pozitivă a confirmat natura sifilitică a erupţiunii. Reacţiuni de tipul Herxheimer se pot observa şi la nivelul organelor viscerale invadate de spirochete: ficat, rinichi, meninge, dând exteriorizarea hepatitelor, nefritelor şi meningitelor sifilitice, prin apariţia bruscă, la începutul tratamentului arsenical, a unor ictere, albuminurii, sau meningisme. Cunoscând mecanismul de producere al acestor fenomene, ele nu trebue să ne alarmeze şi să ne inspire întreruperea tratamentului, deoarece ele cedează repede prin continuarea tratamentului arsenical. Criteriile sigure pentru natura lor sifilitică-reacţională sunt: prezenţa semnelor clinice şi serologice ale perioadei de septicemie sifilitică.

c) Erupţiuni cutanate provocate de acţiunea de redeşteptare microbiană a Neosalvarsanului, făcând să se evidenţieze unele boli infecţioase şi alte infecţiuni microbiene în stare latentă, ca: herpes, zonă, eritem exsudativ multiform, lichen ruber plan (ultravirusuri), piodermii, eriteme figurate cu elemente mici sau mari (rubeoli-morbili-scarlatini (forme) etc. care apar de obicei a 9-a zi dela începutul tratamentului arsenical. Acest fenomen a fost descris de *Milian* sub numele de *biotropism,* fiind contestat de mulţi autori. Printr'o judecată obiectivă, trebue să recunoaştem, că în cursul tratamentului salvarsanic, înregistrăm uneori astfel de erupţiuni, care apoi evoluiază sub forme clinice fruste, ori uşoare. Biotropismul ar fi una din multiplele şi variatele aspecte ale alergiei *(Darier, Tzanck, Flandin).*

2. Accidentele generale arseno-sifilitice *tardive* sunt reprezentate prin *recidivele* sifilitice în diferite organe, dar mai cu seamă la nivelul sistemului nervos, prin punerea în evidenţă a unor meningite sifilitice latente: *meningorecidive,* după cum am avut prilejul să observăm un caz, împreună cu d-l Profesor *Tătaru* la un bolnav cu sifilis secundar grav, insuficient tratat ori mai des prin aşa numitele *neurorecidive.* Acestea se traduc prin pareze sau paralizii în teritoriile de inervare ale nervilor cranieni: facial, auditiv, trigemen, optic, nervii musculaturii externe a globului ocular şi exteriorizate prin turburări auditive, nevralgii şi para-

lizii faciale, ptoze ale pleoapelor, nevrită optică-stază papilară-amauroză, paralizii izolate sau combinate ale globului ocular. Foarte rar, neurorecidivele interesează măduva spinării (paraplegii) ori nervii rachidieni, realizând diferite nevralgii (sciatic, radial, sindrom polinevritic). Neurorecidivele apar de obiceiu la câteva săptămâni după suspendarea tratamentului antisifilitic (mai des în pauza de după prima cură), fiind foarte impresionante, chiar dramatice prin faptul, că ele apar brusc şi într'o perioadă, când bolnavul crezându-se la adăpostul manifestaţiunilor sifilitice, se trezeşte cu o paralizie. Patogenia mult discutată odinioară a neurorecidivelor, azi este complet elucidată. Faţă de concepţia veche toxi-arsenicală, azi se susţine, că prin acţiunea distrugătoare rapidă a preperatelor salvarsanice, producându-se sterilizarea chimioterapeutică a organismului, fără intervenţia reacţiunilor defensive ale acestuia, spirochetele care au scăpat neatinse — dacă tratamentul n'a fost suficient de energic pentru o completă sterilizare, — se refugiază în locurile slab vascularizate, unde arsenicul nu poate ajunge în concentraţie suficientă, cum sunt canalele osoase ale nervilor şi alte regiuni ale sistemului nervos. După încetarea acţiunii salvarsanului (după eliminarea lui), nestingherite de anticorpii organismului — aceştia fiind absenţi, din motivele arătate mai sus, — spirechetele se vor înmulţi şi prin coloniile lor vor acţiona asupra nervilor în mod mecanic şi biologic. Neurorecidivele deci formează accidente sifilo-tearpeutice, condiţionate de un tratament antisifilitic insuficient, constituind indicaţie absolută pentru continuarea tratamentului specific cât mai energic.

B) Accidente salvarsanice de intoleranţă

Categoria cea mai complexă a accidentelor salvarsanice o constitue fără îndoială aceea a *„intoleranţei individuale“*, care poate îmbrăca aspecte clinice din cele mai variate. Termenul modern de intoleranţă este sinonim cu: predispoziţia, hipersenzibilitatea, idiosincrazia, anafilaxia, alergia. Din acest complex patogenic vom reţine, că în ceea ce priveşte accidentele salvarsanice de intoleranţă, unele se prezintă ca expresia unei stări de idiosincrazie ca o intoleranţă iniţială, iar altele apar în cursul tratamentului, după ce un timp oarecare — chiar ani de zile — medicamentul a fost perfect de bine tolerat, astfel încadrându-se în fenomenul de „senzibilizare“ (Salvarsanallergie a Şcoalei Germane).

In ceea ce priveşte prima categorie de intoleranţă, dată de o sensibilitate înăscută, electivă faţă de preparatele salvarsanice, sau faţă de orice preparat arsenical, cazurile acestea sunt relativ rare şi ele nu se traduc prin nici un semn, care ar putea să ne pună în gardă faţă de accidentele foarte neplăcute, din fericire nu prea grave, prin care aceşti indivizi îşi manifestă intoleranţa de acest fel.

Accidentele de intoleranţă, în ordine cronologică pot fi *imediate, precoce* ori *tardive*, iar în ceea ce priveşte gravitatea lor: *uşoare, mijlocii* şi *grave.*

1) *Accidentele imediate:*

a) *Uşoare,* traducându-se printr'un gust şi miros aliaceu, de usturoi sau eter, ceea ce provoacă o salivaţie abundentă, greaţă şi vărsături. Sunt unii bolnavi, pe cari aceste fenomene fără de nici o gravitate îi însoţesc în tot timpul tratamentului salvarsanic, putând termina cu bine — pe lângă anumite măsuri de precauţiune, după cum vom vedea mai jos — tratamentul antisifilitic, chiar de tipul tratamentului de fond, cronic-intermitent. Alteori, aceste simptome sunt semnele prevestitoare ale crizei nitritoide, după unii fiind chiar echivalenţe ale ei.

b) Accidentele de intoleranţă din categoria celor *grave* sau *serioase* şi *imediate* sunt reprezentate prin *criza nitritoidă* denumită astfel de Milian, pentru asemănarea cu manifestaţiunile angio-neurotice produse de inhalarea nitritului de amil. Şcoala Germană o numeşte „sindrom angio-neurotic“, fiind cel mai dramatic dintre accidentele salvarsanice prin faptul, că ele apar brusc, în timpul, sau imediat după injecţia intravenoasă şi se traduc prin fenomene alarmante. Bolnavul se simte rău, are sensaţia unui val de căldură la faţă şi ceafă, simte cum îi bate pulsul în urechi, capul i se congestionează, venele epicraniene şi cervicale devin turgescente, conjunctivele se injectează, buza, limba şi lueta se edematiază, pulsul se accelerează 110—130 pe minut, respiraţia devine dispneică, cu sensaţia de dureri şi constricţie în regiunea epigastrică şi precardiacă. Bolnavul are un sentiment de anxietate, cu impresia că va înceta imediat din vieaţă. Uneori fenomenele congestive se întind şi pe torace, sau ele se manifestă prin plăci uticariene, însoţite de un prurit intens. Alteori apar şi vărsături. Pierderea cunoştinţei frecventă, dar nu este obligatorie. După această primă fază congestivă, urmează peste câteva minute a doua, vazo-constrictivă, sau faza de paloare, când faţa se descongestionează şi este acoperită de sudori reci. Pulsul se încetineşte, devine neregulat, cu sincope de câteva secunde, tot filiform însă. Respiraţia devine şi ea mai amplă, mai liberă şi încetul cu încetul, în decurs de o jumătate de oră, bolnavul revenindu-şi complet, poate părăsi cabinetul medical. Pe lângă această formă clasică, mai există forme fruste, uşoare, dar şi forme grave, putându-se întâlni cazuri intermediare dela o roşeaţă trecătoare, până la sincopă cardiacă mortală. *Milian, Gougerot, David, Mauric* descriu şi forme „localizate“, cu fenomene congestive restrânse numai în anumite regiuni sau organe: forma articulară, brachială, hepatică, renală, vezicală, ute-

rină, cerebrală, solară (sindromul plexului solar), evoluând prin semnele unor accese dureroase şi turburări funcţionale ale acestor organe.

Patogenia crizei nitritoide este complexă, rolul preponderant revenind sistemului neuro-vegetativ, printr'un desechilibru brusc, provocat de injecţia salvarsanică. Acest mecanism patogenic este demonstrat de însuşi tabloul clinic al crizei nitritoide, el fiind constituit dintr'o succesiune de fenomene simpaticotonice (faza congestivă) şi vagotonice (faza de paloare), natural în prezenţa unui teren special de fragilitate neurovegetativă. Din acest punct de vedere, la unii bolnavi, criza nitritoidă apare ca o intoleranţă idiosincrazică, la alţii fiind rezultatul unei sensibilizări treptate. Această instabilitate a tonusului neuro-vegetativ se poate exterioriza nu numai în urma preparatelor salvarsanice — deşi acestea au o acţiune electivă faţă de sistemul nervos organo-vegetativ, — ci şi prin alte medicamente, ca Bismutul şi cianura de Mercur, după cum am observat recent la un bolnav, după o injecţie de cianură, la începutul seriei a doua, după ce la sfârşitul primei cure mixte a prezentat o eritrodermie salvarsanică. La un număr de bolnavi, criza nitritoidă se declanşează numai după prima, la alţii în mod constant, după fiecare injecţie. Se descriu cazuri — şi noi avem câteva observaţii similare, — la care criza nitritoidă apare numai în mod incidental, în anumite condiţiuni: după surmenaj fizic, unele alimente, etc. Aceste crize „secundare" ar fi datorite unor insuficienţe emonctoriale (ficat, rinichi, glande endocrine). Declanşarea crizei nitritoide este condiţionată probabil şi de calitatea preparatului, deoarece s'au semnalat atât la noi în ţară, cât şi în străinătate, serii salvarsanice „nitritoidogene", provocând fenomene de criză în massă, prin exagerarea proprietăţii vegetativotrope. *Milian* mai susţine, că Neosalvarsanul, în urma hipoalcalinităţii umorilor s'ar descompune în para 606 cu o acţiune simpaticotropă exagerată. Alcalinitatea sanghină fiind modificată în timpul digestiei, de aceea bolnavii injectaţi pe nemâncate, suportă mai bine Neosalvarsanul. *Jeanselme, Widal, Sicard, Tzank, Schreiner* etc. consideră criza nitritoidă ca rezultatul unor „şocuri", fie „fenolic", legat de nucleul fenolic al preparatelor arsenicale aromatice, fie „coloidoclasic" ori „anafilactic", aducând în sprijinul tezei lor argumente mai mult sau mai puţin convingătoare de ordin clinic, biochimic şi experimental. *Tzank* şi *Lewi*, la o şedinţă specială a Societăţii Franceze de Dermatologie din 22 Iunie 1939, consacrată patogeniei accidentelor salvarsanice, în raportul lor susţin, că criza nitritoidă este produsă exclusiv de sărurile arsenicale organice, acestea având o afinitate inhibitoare asupra segmentului cefalic al marelui simpatic. Ea este condiţionată de calea intravenoasă şi de rapiditatea injecţiei, dar numai la indivizi cu intoleranţă individuală.

Rezumând cele expuse relativ la patogenia crizei nitritoide, trebue să conchidem, că mecanismul de producere este complex, în care rolul primordial îl joacă incontestabil sistemul nervos vegetativ, terenul special cu o intoleranţă individuală, preparat de o serie de factori endogeni şi de însăşi calitatea preparatului salvarsanic. Această participare a sistemului organo-vegetativ produce fenomenele vazomotorii, iar restul fenomenelor alarmante (stare sincopală, colaps cardio-vascular) sunt rezultatul „şocului arsenical", oricare ar fi mecanizmul patogenic asimilabil şocurilor descrise mai sus.

2. *Accidentele precoce.*

a) Dintre accidentele salvarsanice de *intoleranţă* din categoria celor precoce, este locul să menţionăm cele descrise de Şcoala Franceză sub numele de *„sindromul de ziua a 9-a"*, aparţinând grupei accidentelor *uşoare şi mijlocii.* Caracterul comun al acestor accidente este, că ele apar în jurul zilei a 9-a (între 6—12-a zi) dela începutul tratamentului arsenical. In general, în producerea lor, doza medicamentului nu joacă nici un rol. Ele se produc numai la anumite persoane cu o predispoziţie specială a organismului, astfel încadrându-se în categoria accidentelor de intoleranţă. Durata lor este scurtă, de 2—3 zile, ele vindecându-se prin restitutio ad integrum, iar odată dispărute, nu se mai reproduc în cursul tratamentului antisifilitic. Mecanismul patogenic comportă o reacţiune prin iritaţie a sistemului nervos vegetativ de către preparatele salvarsanice, după o incubaţie de 9 zile, această reacţiune traducându-se din punct de vedere clinic, prin diferite manifestaţiuni congestive cutanate sau organice. Acest mecanism patogenic a fost reprodus experimental de o serie de autori, prin iritaţia simpaticului în diferite segmente *(Rivalier, Conte,* etc.).

Pe scurt, aceste accidente se traduc prin:

febră, mai mult o hipertemie de 38—39° ce apare a 9-a zi, pe lângă o stare generală bună, fără vreo cauză apreciabilă şi care durează 2—3 zile.

eriteme: cele mai frecvente din categoria acestor accidente îmbracă aspectul unor eriteme morbiliforme, scarlatiniforme, sau rubeoliforme, care nu corespund cu topografia febrelor eruptive. Absenţa altor semne clinice şi a fenomenelor biologice *(Schultze-Carlton,* imunitate), pe lângă lipsa descvamaţiei şi a pruritului, precum şi evoluţia scurtă de 2—3 zile, le deosebesc fundamental de febrele eruptive obişnuite, ori de cele biotropice.

enanteme: la nivelul diferitelor mucoase: gingivite, angină, faringită, conjunctivită, la nivelul intestinelor, dând diaree etc.

hepatită congestivă: traducându-se printr'un icter brusc, uşor, trecător, ce apare fără fenomene prodro-

male (febră, dispepsie). Astfel aceste hepatite de ziua a 9-a se deosebesc de icterele toxice, paraterapeutice.

b) *Exantemul salvarsanic fix,* numit astfel de Şcoala Germană *(Jadassohn, Bloch,* etc.), care se caracterizează prin apariţia la câteva ore în locuri fixe, circonscrise, uneori în locul injecţiei, a unor placarde eritematoase sau urticate, însoţite de un prurit de intensitate variabilă şi care dispar în câteva ore. (Recent am observat cazul unui soldat cu sifilis I. Serv-pozitiv, cu exantem fix după primele două injecţii de Neosalv). Ele se repetă după fiecare injecţie, în aceleaşi locuri. Semnificaţia lor ar fi o sensibilizare locală a tegumentelor la indivizi în stare de alergie salvarsanică, după cum o demonstrează probele de teste, în special epidemoreacţiunea (Läppchenmetode) cu diluţii mari de Neosalvarsan. Aceste exanteme în sine nu prezintă nici o gravitate, totuşi, ele fiind expresiunea unei stări de alergie, pot prevesti accidente mai grave şi mai durabile de intoleranţă, de aceea în prezenţa lor se impune o prudenţă deosebită în aplicarea preparatelor arsenicale.

c) *Encefalita hemoragică, sau apoplexia seroasă,* Este cea mai gravă, adesea mortală, dintre toate accidentele salvarsanice, din fericire şi cea mai rară. Gravitatea rezidă şi în faptul, că ea apare brusc, fără semne prevestitoare, la începutul tratamentului antisifilitic şi interesează de obiceiu oameni tineri, robuşti, cari chiar la un examen minuţios, nu prezintă în prealabil nici o alteraţiune organică. Encefalita hemoragică apare de obiceiu la bolnavii cu sifilis secundar, sau la cei cu sifilis al sistemului nervos central şi ca regulă generală, după a 2—3-a injecţie de Neosalvarsan, deci cam în ziua a 9—12-a dela începutul tratamentului, ceea ce face ca unii autori *(Tzanck, Levi)* s'o încadreze printre accidentele zilei a 9-a. După injecţia fatală, nimic nu prevesteşte, că în curând va apare acest temut accident, până la începutul celei de a 3-a zi, când bolnavul este apucat brusc de o cefalee violentă, greaţă, vărsături, frisoane, ascensiuni termice de 39—40°, pe lângă o stare de agitaţie, cu crize convulsive, din ce în ce mai accentuate. Faza aceasta durează o zi, după care se instalează o stare de torpoare, somnolenţă, cu paralizia unuia sau mai multor membre, hemiplegie şi bolnavul în această stare de comă sucumbă în 48 ore. Mortalitatea este de 75%, iar cei care supravieţuiesc se pot restabili complet, ori pot păstra paraliziile încă timp îndelungat. Autopsia cazurilor mortale arată o encefalo-mielopatie hemoragică, cu focare în creer şi măduvă, iar în spaţiile subarachnoidiene şi în ventriculi cu un proces de exsudaţie abundentă. Etio-patogenia nu este încă clarificată. După unii, ea ar fi legată de toxicitatea preparatului. După aceştia, din datele statistice ar reiese, că encefalita, dela introducerea Neosalvarsanului este incomparabil mai rară, ca în era altsalvarsanică şi că ea survine mai des la bolnavii, trataţi dela început cu doze masive. Alţii cred, că ea este de natură anafilactică, iar majoritatea autorilor o clasează printre accidentele de intoleranţă individuală cu patogenie neclară, bazaţi pe lângă raritatea extremă (1 : 150,000), deci numai la anumiţi indivizi predispuşi şi pe faptul, că ea poate surveni chiar după doze mici, tatonante de Neosalvarsan. De aceea apariţia acestui accident nu implică responsabilitatea medico-legală a medicului. In orice caz, gândindu-ne la posibilitatea unor astfel de accidente grave, vom proceda cu o prudenţă chiar exagerată, cel puţin la începutul tratamentului salvarsanic:

d) *Eritrodermia salvarsanică.*

Acest accent tardiv şi grav se incadrează în grupa dermatitelor exfoliative acute generalizate, cea mai frecventă entitate morbidă dintre toxicodermii. Eritrodermia salvarsanică poate fi primitivă, evoluând dela început sub această formă, ori în mod secundar, ca stadiu final al unor erupţiuni cutanate de tipul celor descrise mai sus, numite arsenobensolide *(Nicolas—Massia).* Ea apare de obiceiu spre sfârşitul unei cure antisifilitice (de regulă la prima, mai rar la a doua) prin erupţiuni eritematoase sau eritemato-scvamoase de tip scarlatiniform sau morbiliform, cu o localizare predilectă pe feţele extensorice ale extremităţilor, procesul generalizându-se repede pe toată întinderea tegumentelor. Tabloul clinic este predominat de un eritem intens, generalizat, cu o descvamaţie furfuracee şi lameloasă, cu pielea infiltrată, edemaţiată, deformând mai ales faţa şi extremităţile. Pe acest fond se suprapune un proces veziculo-edematos de tipul eczemei, dând caracterul patognomonic al eritrodermiilor salvarsanice. Aceste fenomene exsudative apar mai cu seamă la nivelul plicelor articulare, dând suprafeţe madidante, erozive şi crustoase. Erupţiunea este însoţită de o stare generală alterată, prostraţie, inapetenţă, agitaţie, ascensiuni termice până la 39—40°, alteori de turburări gastro-intestinale sub formă de diaree, alternând cu constipaţie, fenomene dispeptice şi ictere salvarsanice de gravitate variabilă. Subiectiv, bolnavii acuză o sensaţie permanentă de frig, de tensiune la nivelul tegumentelor şi un prurit intens. Fenomenele congestive se observă şi la nivelul mucoaselor: conjunctivite, enanteme buco-faringiene, iar într'un caz observat de noi, cu sfârşit letal, la autopsie s'a constatat o congestie puternică a meningelor, ficatului, rinichilor, splinei şi a întregului tub gastro-intestinal. Evoluţia acestui accident este subacută, în cazuri uşoare vindecându-se în 4—6 săptămâni, iar în cazuri grave în 3—4 luni. In cursul evoluţiei pielea se îngroaşă, fanerele suferă şi ele: unghiile prezintă suprafaţa neregulată, cu şanţuri transversale *(Beau),* perii se rarefiază, devin seci, pierzându-şi culoarea şi luciul normal. Descvamaţia se accentuiază din ce în ce, epidermul se exfoliază în lambouri mari, mai cu seamă la nivelul palmelor şi plan-

telor, sub formă de mănuşi sau pantofi. In majoritatea cazurilor, bolnavii se vindecă complet, print'o refacere totală a tegumentelor şi anexelor. Un caracter particular al eritrodermiilor salvarsanice este frecvenţa complicaţiilor piodermice, foarte rebele şi perzistente, care uneori pot fi punctul de plecare al unei septicemii.

In ceea ce priveşte etio-patogenia acestei afecţiuni, unii autori o clasează printre toxicozele salvarsanice, dar majoritatea autorilor moderni şi Şcoala Clujană o consideră ca expresiunea unei intoleranţe salvarsanice, în producerea căreia ficatul joacă un rol important. Această concepţie se bazează pe faptul, că în unele cazuri ea apare după o singură injecţie cu doză mică şi că ea se reproduce prin reinjecţia unor doze infime de Neosalvarsan, apoi pe coincidenţa frecventă cu icterul paraterapeutic. Dovada cea mai convingătoare sub acest raport este pozitivitatea probelor de sensibilitate a tegumentelor prin cuti- sau intradermoreacţie la Neosalvarsan, astfel evidenţiindu-se o stare de alergie cutanată, cu o sensibilitate tisulară, sediul conflictului dintre reactogen (alergen) şi reaginele celulare cutanate *(Sézary, Tzanck, Jadassohn)*. Această formă de intoleranţă salvarsanică fiind definitivă şi ireductibilă (deşi *S. Longhin* susţine, că a realizat desensibilizarea unei serii de bolnavi intoleranţi cu doze zilnice de 0,2—0,3 de sol. Neosalvarsan 1% intracutan), eritrodermia salvarsanică constitue o contraindicaţie absolută pentru continuarea sau reluarea tratamentului salvarsanic. Este o constatare interesantă referitor la acţiunea curativă a eritrodermiei asupra infecţiei sifilitice. Intr'adevăr, după multe cazuri de eritrodermie constatăm dispariţia pentru o lungă perioadă a oricărui semn clinic sau serologic de sifilis, acest fenomen explicându-se prin rolul imunizator al tegumentelor în sifilis.

C) Accidente salvarsanice toxice.

2. *Icterul postsalvarsanic.*

Accidentul cel mai frecvent, dar şi cel mai viu discutat dintre accidentele salvarsanice ce se iveşte în cursul tratamentului antisifilitic este incontestabil icterul. Discuţiile sunt conduse în jurul naturei lui şi al atitudinei terapeutice pe care o recomandă diferiţi autori în aceste cazuri. El apare mai frecvent la 1—2 luni după terminarea unei cure salvarsanice (icter tardiv) şi mai rar în timpul administrării acestor preparate (icter precocd). In general, acest fel de icter prezintă caracterele clinice şi evolutive ale unei hepatite toxi-infecţioase, *Ravaut* spunând, că nu există niciun semn distinctiv între un icter postsalvarsanic şi unul cataral. Intr'adevăr în majoritatea cazurilor, aceste ictere au un caracter benign şi după o evoluţie de 3—6 săptămâni, totul se termină printr'o vindecare completă atât clinic, cât şi anatomo-patologic. S'au descris însă şi cazuri de icter grav, terminându-se printr'o atrofie galbenă acută, sau prin degenerescenţă grăsoasă a ficatului.

In privinţa etio-patogeniei icterului salvarsanic, majoritatea autorilor susţine natura lui toxică. Pentru această teză se invocă diferite argumente serioase ca: apariţia icterelor de acest fel în urma tratamentului arsenical la nesifilitici, apoi că la autopsia cazurilor mortale, în ficat se găsesc alteraţiuni degenerative, fără urme de leziuni sifilitice şi în sfârşit, că există veritabile epidemii de icter salvarsanic, produse de unele serii „icterigene", ceea ce denotă toxicitatea preparatului printr'un defect de fabricaţie. In ultimul timp, *Ruge* şi *Genudt*, printr'o metodă ingenioasă, numită „biopsia prin aspiraţie (Aspirationsbiopsie)" au putut demonstra pe viu, că în aceste cazuri este vorba de un proces inflamator acut, difuz, cu distrugerea celulelor parenchimatoase şi proliferarea ţesutului conjunctiv, fără să găsească leziunile atât de caracteristice ale procesului specific anatomo-patologic. Tot de dată recentă este argumentul de ordin biochimic al lui *Wiedmann*, care bazat pe cercetările de laborator referitor la metabolismul hidraţilor de Carbon şi la capacitatea de desaminare a albuminelor de către celula hepatică, a putut diferenţia stările de intoleranţă, faţă de intoxicaţiile salvarsanice în diferite accidente din cursul tratamentului arsenical. Acestei concepţii se opune părerea lui *Milian* şi a altor autori, că toate icterele care apar în cursul tratamentului antisifilitic, sunt de natură specifică, fie că este vorba de o hepatită sifilitică primitivă, fie de o reacţie Herxheimer, atunci când icterul apare în timpul unei cure, ori de o hepatorecidivă, când el se instalează după o cură arsenicală. Argumentarea acestui mod de a concepe icterul postsalvarsanic se bazează pe faptul, că astfel de ictere pot să apară după doze mici de Neosalvarsan, apoi că lipsesc simptomele unei intoxicaţii arsenicale (polinevrită, keratoză, pigmentaţii) şi în fine, că ar fi greu de admis, ca o substanţă chimică să-şi exercite acţiunea sa nocivă la un timp atât de lung după sistarea ei. De aceea *Milian* în toate cazurile de icter paraterapeutic, continuă tratamentul salvarsanic. Punctul de vedere actual în privinţa icterelor ce se pot ivi în cursul tratamentului antisifilitic, susţinut de autori de talia lui *Sézary, Pautrier, Nicolas, Teohari, Nicolau, Tătaru* este, că icterul care apare (f. rar) la începutul tratamentului specific, după doze mici de Neosalvarsan în prezenţa leziunilor sifilitice cutanate şi mucoase şi pe lângă o serologie pozitivă, poate fi considerat de natură sifilitică şi în aceste cazuri continuarea tratamentului arsenical este îndreptăţită. Când icterul se produce la sfârşitul, sau după o cură cu doze suficiente de Neosalvarsan, în absenţa leziunilor secundare, el trebue considerat ca fiind de natură toxică, produsă

de arsenoxizi. Coexistenţa unei purpure, eritrodermii sau altor accidente cutanate, confirmă această interpretare. Se poate admite şi o coincidenţă cu un icter cataral toxi-infecţios, condiţionat de labilitatea şi fragilitatea celulei hepatice, în urma acţiunii nocive a tratamentului salvarsanic. Acest mod de a privi icterul paraterapeutic ne va impune o prudenţă mare în conduita terapeutică ulterioară.

2. *Accidente sanghine.*

Sunt cele mai rare dintre accidentele salvarsanice, existenţa lor fiind contestată de mulţi autori. In general, se descriu cazuri cu anemie aplastică, agranulocitoză, leucopenie, trombocitopenie, de obiceiu spre sfârşitul curei salvarsanice. Mielograma din puncţia sternală în aceste cazuri arată fie o hiperplazie medulară reacţionlă, fie mai des o aplazie, o absenţă totală sau parţială a regenerării elementelor roşii şi albe. Alteori agranulocitoza este pe primul plan *(Schultz)*, iar în cazuri rare, salvarsanul poate realiza tabloul clinic şi hematologic al hemogeniei lui *Weill*, cu sindromul hemoragipar, purpure, etc. Şi în unele eritrodermii grave, sau în ictere salvarsanice cu fenomene toxi-infecţioase pronunţate, pot apărea pete purpurice, de obiceiu sub formă de peteşii. Tabloul clinic al acestor manifestaţiuni hemoragipare a determinat pe mulţi autori, ca să învinuiască în etio-patogenia accidentelor sanghine, acţiunea nocivă a nucleului benzenic, care după cum se ştie, pentru această calitate, se întrebuinţează în tratamentul leucemiilor. *Bock* însă aduce argumente — puţin convingătoare — în favoarea naturei alergice a acestor manifestaţiuni. In orice caz, accidentele hematologice pe lângă raritatea lor, sunt şi benigne, prognosticul fiind totdeauna favorabil.

(CLINICA DERMATO-VENERICĂ CLUJ-SIBIU)
(Director Prof. Dr. C. Tătaru).

RESUMÉ

Les accidents salvarsaniques

L'auteur constate, qu'à la suite des évènements militaires des deux dernières années qui ont provoqués des grands mouvements de masses humaines, la morbidité en maladies vénériennes en général et particuliérement de la syphilis, a brusquement augmenté. Le traitement par les produits salvarsaniques — les plus energiques et efficaces — se pratique aujourd'hui sur une plus vaste échelle et les accidents sont devenus plus fréquents. Cela étant, les médecins se trouvent souvent devant un dilèmme, ne sachant comment interpreter ces différents cas d'après leurs véritables significations. L'auteur étudie chaque catégorie séparément, d'après les critériums étio-patogèniques.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Salvarsan-Unfälle

Der Verfasser stellt fest, dass, zufolge der militärischen Ereignisse der letzten beiden Jahre mit seinen grossen Menschen-Verschiebungen, die Morbidität an venerischen Krankheiten im Allgemeinen, besonders aber an Syphilis sehr zugenommen hat. Die Behandlung mit Salvarsanpräparaten, welche die wirksamste ist, wird heute stark praktiziert und so sind auch die Salvarsan-Unfälle viel häufiger geworden. Diesen Unfällen gegenüber befinden sich die Aerzte oft in Dilemma und können die Ursache derselben oft nicht aufklären. Der Verfasser prüft nun die einzelnen Gruppen nach aetiologisch-pathogenetischen Gesichtspunkten.

Parotidita în febra tifoidă

de

Conf. Dr. I. Gavrilă

Intre multiplele şi variatele complicaţiuni ce se întâlnesc în cursul febrei tifoide, sunt şi cele din partea glandelor salivare. Dintre glandele salivare mai des sunt interesate glandele parotide. Ne permitem de a insista asupra acestor complicaţiuni în legătură cu epidemiile de febră tifoidă, observate în Spitalul Epidemic din Cluj între anii 1935—1940.

Frecvenţa. In intervalul de timp indicat mai sus au fost internaţi şi trataţi în acest serviciu un număr de 703 cazuri de febră tifoidă, la cari s'au observat 11 parotidite, deci 1,42%.

Frecvenţa în cursul anilor s'a prezentat în modul următor:

Anul	*Nr. total*	*Parotidite* Nr.	%
1935	94	1	1,08
1936	127	4	3,14
1937	165	1	0,61
1938	159	3	1,87
1939	122	1	0,82
1940 August	36	1	2,77
Total	703	11	1,42

Deci se constată o frecvenţă variabilă în cursul anilor, dela 0,61—3,14%.

Andral într'o statistică de 134 cazuri de febră tifoidă gravă, dă o frecvenţă de 3—4%, *Paget* de 0,65%.

Vârsta. In ce priveşte vârsta, cazurile noastre se repartizează după cum urmează: între 10—20 ani sunt 4 cazuri, între 20—30 ani 5 cazuri, între 30—40 ani 2 cazuri, deci mai frecventă este complicaţia între 20—30 ani, când predomină şi morbiditatea tifică.

Sex. După sex, sunt 5 femei şi 6 bărbaţi, deci o repartiţie aproape egală din acest punct de vedere.

Data apariţiei. De 10 ori complicaţia a apărut în perioada de stare şi anume mai ales în săptămâna a 3-a de boală. Intr'un caz s'a produs după ce bolnavul a trecut în convalescenţă. Deci complicaţia apare de obiceiu în timpul perioadei de stare a bolii.

Gravitatea bolii. Parotidita de 9 ori s'a prezentat în forme grave de boală, de 2 ori în forme de gravitate mijlocie, niciodată în forme uşoare. Deci această complicaţie predomină în formele grave ataxo-adinamice de boală.

Simptomatologie. In cazurile noastre de obiceiu complicaţia s'a prezentat în mod insidios pe starea generală deja destul de alterată a celor mai multe cazuri.

Tumefacţia parotideană în 7 cazuri a rămas unilaterală, de 4 ori pe stânga şi de 3 ori pe dreapta. In 4 cazuri parotidita a fost bilaterală.

In timpul complicaţiunii temperatura de obiceiu a devenit şi mai ridicată, starea generală şi mai proastă. In cazul unde parotidita s'a prezentat în timpul convalescenţii, temperatura s'a urcat din nou, menţinându-se până la deschiderea supuraţiei, 10—15 zile.

Evoluţia s'a făcut în spre supuraţie aproape în toate cazurile, cu excepţia a doua cazuri, dintre cari unul cu localizare unilaterală, altul bilaterală. In cazurile supurate, după ce colecţia s'a produs, s'a executat o incizie pentru eliminarea puroiului; în 2 cazuri deschiderea s'a făcut spontan în partea posterioară a glandei, fiind necesară apoi o lărgire a orificiului de drenare.

In cazurile nesupurate reducerea tumefacţiei tiroideene s'a făcut încet şi complet.

Prognostic. Parotidita de obicei survine în forme grave de febră tifoidă, la bolnavi foarte denutriţi, deci instalarea ei agravează şi mai mult prognosticul, fiind vorba de obiceiu de o complicaţie supurativă. Şi în cazurile noastre s'a evidenţiat acest prognostic grav în aceste împrejurări, fiindcă 3 din cei 11 bolnavi cu această complicaţie au sucombat. Moartea în aceste cazuri, după impresia noastră, s'a produs în urma gravităţii infecţiei generale tifice, la agravarea acestei stări contribuind neapărat şi parotidita produsă.

In cazul unde complicaţia s'a instalat în timpul convalescenţii, evoluţia a fost mai uşoară, supuraţia glandei s'a produs şi aci, însă după incizie s'a vindecat destul de repede.

Având în vedere starea generală foarte gravă a acestor bolnavi, de obiceiu în mod concomitent există şi alte complicaţiuni: miocardite, congestii pulmonare, hepatite, otite, ceea ce bineînţeles agravează şi mai mult prognosticul.

Patogenie. In mod teoretic microbii pot invada parenchimul glandular pe două căi: descendentă, cu microbii din circulaţia generală; ascendentă, cu flora microbiană din cavitatea bucală, care se găseşte în mod saprofitic aci. Mai obişnuită este calea ascendentă; dovadă sunt faptele că această complicaţie mai des survine la indivizi cu gingivită, stomatită, cu dinţi cariaţi, şi că în puroiul extras mai des se găsesc microbii banali din gură: stafilococi, streptococi, pneumococi, etc. Numai rar se constată bacili tifici în puroiul extras. Dintre cazurile noastre numai într'unul s'a constatat în puroiul din glandă bacili tifici, în celelalte cazuri mai des s'au găsit stafilococi. (Institutul de Igienă).

Tratament. Desigur că se impune în primul rând un tratament igienic al cavităţii bucale la aceşti bolnavi gravi, pentru a preveni infecţiile bucale, cari favorizează şi parotidita.

Odată complicaţia produsă, se impune, pe lângă tratamentul general al febrei tifoide (chimioterapie, cardiotonice, regim igieno-dietetic, etc.) şi un tratament local. Se vor face aplicaţiuni locale calde şi umede. Dacă supuraţia s'a produs, se va executa incizia în punctul cel mai decliv. Nu se va aştepta deschiderea spontană, fiindcă astfel puroiul ar putea difuza în alte regiuni periculoase, în special de-a-lungul gâtului în mediastin, Vindecarea acestor plăgi parotidiene se face foarte încet.

RESUMÉ

La parotidite dans la fièvre tiphoïde

On relate une statistique de 703 cas de fièvre typhoïde, observés pendant 1935—40 à Cluj, sur lesquels on a constaté 11 cas de parotidite, donc 1,42%. Au cours des années la frequence a varié de 0,82—3,14%. La complication a apparu pendant la période d'état de la maladie, dans un seul cas elle est survenue pendant la convalescence. Habituellement la complication se rencontre dans les formes graves de fièvre typhoïde, en agravant encore plus le pronostic de la maladie; dans 3 cas sur 11 les malades ont succombé. Dans 7 cas la parotidite a été unilatérale, dans 3 cas bilatérale; dans 9 cas elle a été suppurée, seulement dans 2 cas elle a été catarrhale.

ZUSAMMENFASSUNG

Parotitis bei Typhus

Es wird über eine Statistik von 703 Typhusfälle berichtet, beobachtet in Klausenburg, in den Jahren 1935—1940, wobei 11 Fälle mit Parotitis festgestellt wurden, also 1,42%. Im Laufe der Jahren variierte deren Häufigkeit zwischen 0,82—3,14%.

Die Komplikation trat während der Krankheit auf und nur in einem Falle während der Reconvalescenz. Meistens wird sie in schweren Typhus-Fälle angetroffen, wobei sie die Prognostik der Krankheit noch mehr erschwert. Drei Fälle mit dieser Komplikation waren tödlich. 7 Fälle waren einseitig und 3 Fälle beidseitig, 9 Fälle eitrig und nur 2 Fälle katharalisch.

Probleme terapeutice

Contribuție la tratamentul plăgilor pulmonare prin armă de foc

de

Dr. Nicolaus Kleitsch (Timișoara)

Intru cât problema emostazei tocmai astăzi are o importanță mai mare, doresc să aduc o contribuție din propria mea experiență, care să servească în același timp drept un imbold.

In timpul combaterii emoragiilor externe ușor de atins, rar ne lovim de dificultăți pentru emostază (bandaje, tamponări, înțepături circulare, etc.) pe când la emoragiile interne (mai cu seamă la organele bogate în parenchim) suntem puși în alternativa, fie ca să intervenim radical chirurgical și cu această ocazie să ne asumăm un mare rizic operatoriu la bolnavii care au pierdut mult sânge, în stare gravă de șoc, sau să încercăm metode conservative de așteptare, care din punct de vedere al succeselor lor pot fi considerate și astăzi destul de sceptic. — Intru cât aceasta nu este de loc îndreptățit, rândurile de mai jos o vor demonstra.

Experiența războiului mondial ne-a învățat deja, că prognoza rănilor pulmonare prin armă de foc depinde în mare parte de felul proectilului; la gloanțele cu înveliș de oțel intrarea și ieșirea proectilului este fără o deosebire remarcabilă în raport cu distanța dela care a pornit glonțul, în general mai întotdeauna orificiul este mic și de aceia prognoza relativ favorabilă; din contra, la rănirile toracelui prin granate sau șrapnele deschizăturile de intrare și ieșire sunt mari și sdrențuite, părți din peretele toracic pot fi smulse, se poate ajunge chiar la un prolaps al pulmonului. Mărimea leziuni favorizează infecțiunea în mod deosebit. La proectile cu înveliș de oțel rareori survin forme atât de grave de emo- și pneumothorax ca la schijele de granate. Cu toate că fenomenele clinice sunt relativ puține la rănile de război ale pulmonului prin proectile cu înveliș de oțel, totuși fiecare caz în parte este hotărît grav și va trebui în mod corespunzător tratat (transport și altele).

Diagnoza este mai totdeauna ușor de pus și prin aceasta se stabilește canalul proectilului. Sondarea, în toate cazurile de impușcături ale toracelui, trebue numai decât evitată, percutarea pe cât posibil de loc, sau să se facă cu foarte mare grije, suntem mai mult sau mai puțin avertizați la celelalte simptome, și se pune de preferință o diagnoză de probabilitate pe care se va putea baza un tratament ulterior. Emoptizii sunt prezente întotdeauna, când de un grad mic, când de o astfel de proporție, încât chiar și o intervenție chirurgicală este tardivă. In cea mai intimă relațiune cu gravitatea emoragiei stau: pulsul, sgomotele cardiace, respirația și anemia. Alături de emoptizie pacientul sângerează și din rană, la interior și la exterior (emothorax). Sângele ce vine din rană este mai totdeauna spumos, din cauza amestecului de aer, întru cât adeseori împreună cu pulmonul este lezată și pleura.

Pentru simplificare voesc să descriu cel mai recent, al doilea caz din practica mea, cu care ocazie voesc să revin mai târziu asupra chestiunii cardiotonicelor.

O încercare de sinucidere a unei tinere femei cu un revorver de calibru mare. Aproximativ după 30 de minute am sosit la bolnavă și am stabilit următoarele: o plagă penetrantă în spațiul al 4-a intercostal, glonțul palpabil în spate sub scapula stângă în țesutul grăsos de sub piele. Bolnava este într'o stare de profundă inconștiență, cu puternică paloare a pielei și a mucoaselor vizibile. Pulsul abia palpabil. Sgomotele cardiace foarte slabe. Emoragie numai foarte puțină prin gură și prin orificiul plăgii.

Diagnoza: Plagă pulmonară prin armă de foc și emoragie de un grad mic, internă și externă, fără leziunea inimii și a arterei mamare. Examinarea radiologică este imposibilă în actuala situație.

Terapie: Stare de repaos, pungă cu ghiață, coramin și 120 ccm clauden intramuscular. Inafară de aceasta ușor pansament de Claude Gase peste orificiul rănii. Intru cât respirația abia se simțea, am renunțat la morfină. Bolnava este transportată într'un sanatoriu în stare de comă. Acolo pulsul s'a mai ameliorat, starea de inconștiență durează încă; hemoragia internă continuă. A doua zi din nou 100 ccm Clauden intramuscular. După aceasta pulsul și funcțiunea cardiacă s'au ameliorat mult și bolnava și-a revenit la cunoștință. Ser antitetanic. Starea pulmonului în a 3-a zi: ușoară matitate asupra lobului superior stâng, respirație bronchoveziculară cu raluri izolate. In a 5-a zi s'a scos glontele prin incizia dermului, în spate. In decursul ulterior nu a survenit nicio complicație din partea pulmonului. In a 7-a zi a survenit la extremitatea inf. stângă o tromboză, din care cauză bolnava a stat încă 5 săptămâni la pat.

Dacă am transpune acest caz civil la un caz de război am putea spune următoarele:

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICAȚIUNI:

ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE
ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete

PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ IN:

INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

ANALEPTIC CARDIOTONIC

CORDISAN

„SAPIC"

CORDISAN—EFEDRINA

Picături Fiole Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei și ale circulațiunii sanguine

---

Reconstituant energic în

Anemii

Debilitate

Convalescență

„Sapic" – TONICUM

SIROP

Arsen — Cupru
Fier — Strichnină
Mangan — Glicerofosfați

Fiind plăcut la gust e luat și de copii cu plăcere

Balsam antireumatic

SALIVAN

Pe bază de: Salicilat de Metil
Acid salicilic
Menthol
Camfor

pentru tratamentul local în:

Reumatism

Mialgii

Nevralgii

Artrite etc.

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București VI, — Str. Cazărmei 89

Un soldat primeşte o rană pulmonară prin armă de foc. Dela personalul sanitar al trupei, primeşte doze mari de clauden intramuscular (eventual chiar şi intravenos) apoi este transportat cu grije la postul de prim ajutor. Acolo primeşte din nou clauden şi ser antitatanic — dacă este nevoie un cardiotonic — apoi morfină, pentru ca să calmeze durerile şi iritaţia de tuse. Apoi rănitul este transportat cu grije la alt post sanitar, care eventual îi mai dă clauden şi un cardiotonic şi îl trimite la un spital de campanie. In cazuri cu dureri grave nu trebue să se facă economie de morfină, întru cât prin aceasta — după cum s'a mai amintit — se linişteşte în acelaşi timp şi pulmonul şi se calmează reflexul de tuse.

Este numai întrebarea dacă să se dea cardiotonice sau nu, întru cât acestea mai toate, mai mult sau mai puţin, sporesc tensiunea sanguină şi prin aceasta pot influinţa nefavorabil emoragia. Dar deoarece posedăm în clauden un emostatic sigur, putem să luăm liniştit răspunderea riscului sporirii tensiunii sanguine, când stimulăm activitatea inimii cu ajutorul unui cardiotonic şi putem combate în acelaşi timp un colaps mai totdeauna prezent.

Pentru intervenţii operative, după efectuarea primelor ajutoare şi transport cu îngrijire, să avem în vedere ligatura arterei mamare, eventual compresiunea ei după Langenbeck, la acei cu emfizem şi cu tendinţe la dispnee, tracheotomie, la emothorax cu fenomene de eliminare, puncţie cu băgare de seamă şi la empiem purulent, rezecţia coastelor. Aceste intervenţii sunt însă rezervate spitalului. Totuşi în toate cazurile sunt absolut necesare următoarele două lucruri: Emostaza şi grija de infecţie, întru cât anemia se tratează ulterior sistematic (soluţie de Nacl, transfuzie sanguină şi altele). Este de asemenea dela sine înţeles şi tratamentul unei eventuale pneumonii, însă abia mai târziu prin terapia modernă cu sulfamide.

Concluzie:

Descrierea unei încercări de sinucidere prin armă de foc în regiunea pulmonară, la care s'a reuşit să se oprească emoragia internă cu doze masive de clauden şi să se salveze pacienta fără intervenţie chirurgicală. Transpunând acest caz civil la un caz de război se poate spune: pentru primul ajutor întrebuinţare de clauden, morfină şi eventual cardiotonice. Deşi acestea din urmă aduc o sporire a tensiunii sanguine, ea poate fi acceptată fără grijă în vederea combaterii şocului şi a sporirii puterii inimii, întru cât posedăm în clauden un stiptic sigur, a cărui întrebuinţare în doze mari (până la 150 ccm intramuscular sau intravenos) se recomandă.

RESUMÉ

Le traitement des plaies pulmonaires par arme de feu

On décrit un cas de tentation de suicid par arme de feu dans la région pulmonaire chez une jeune femme, où l'on a réussi d'arrêter l'hemorragie interne avec des doses massives de clauden et de sauver la malade sans intervention chirurgicale. Pour calmer les douleurs on peut donner de la morphine. En ce qui concerne les cardiotoniques on peut les administrer en cas de nécessité pour combattre le choc, parceque, qoique les cardiotoniques par l'augmentation de la pression sanguine peuvent influencer dévavorablement l'hémorragie pulmonaire, toute de même grâce à l'application de clauden ceci n'arrive pas.

ZUSAMMENFASSUNG

Beiträge zur Behandlung von Lungenschuss-verletzungen

Es wird der Fall eines Selbstmordversuches durch Revolverschuss in die Lungengegend bei einer jungen Frau beschrieben, bei der es gelungen ist, die innere Blutung mit grossen Mengen von Clauden zu stillen und so das Leben der Betreffenden zu retten, ohne chirurgischen Eingriff. Als Schmerzlinderung kann Morphium gegeben werden. Was die cardiotonischen Mittel anbelangt, so können diese — wenn notwendig — zur Bekämpfung des Schocks verabreicht werden, weil — obwohl die cardiotonischen Mittel durch Erhöhung des Blutdrucks die innere Lungen-Blutung ungünstig beeinflussen, dieser Fall durch Anwendung von Clauden, nicht eintritt.

Tratamentul stărilor depresive cu Pervitin

de

Dr. L. Dragomir şi Dr. Al. Retezeanu

Cercetările experimentale referitoare la acţiunea efedrinei asupra sistemului circulator au pus în evidenţă în acelaş timp şi acţiunea sa asupra sistemului nervos central, acţiune care se manifestă mai ales prin insomnie, stare de linişte şi o sporire a mişcărilor respiratorii. Această acţiune centrală este însă de ordin secundar, rămânând pe primul plan acţiunea asupra sistemului circulator periferic.

Continuându-se cercetările în domeniul aminelor biogene, s'a reuşit în anii din urmă a se realiza noui

compuşi din seria acestor substanţe, cari se deosebesc prin acţiunea lor asupra sistemului nervos central. Preparatul *Pervitin*, care a fost introdus în arsenalul terapiei de casa Temmler-Werke, posedă o puternică acţiune analeptică, mai ales centrală şi de lungă durată, necunoscută până în prezent la substanţele cu acţiune asupra sistemului circulator. Benzedrina, cunoscută în America, precum şi preparatele Elastonon şi Aktedron, fac parte tot din această serie de corpuri chimice. Acţiunea acestor compuşi chimicali este antagonistă preperatelor sedative şi ipnotice şi se traduce asupra sistemului nervos central prin dispariţia necesităţii de a dormi şi prin o înviorare psihică, asemănătoare cu cea provocată de cafeină. Antagonismul stabilit de către *Hauschild* între preparatul Pervitin şi preparatele ipnotice şi sedative se evidenţiază prin faptul că 0,5 gr. de acid dietil-barbituric paralizează aproape instantaneu efectul unei cantităţi de 6 mg. Pervitin.

Această împrejurare a făcut ca preparatele acestea să fie aplicate în tratamentul stărilor depresive, ele fiind administrate cu rezultate mulţumitoare şi în cazurile de narcolepsie. Mai nou, aceste preparate au fost încercate şi la schizofrenici, în catatonia cu stupoare, precum şi în parkinsonismul postencefalitic. *Flügel* comunică încă din anul 1938 că $^2/_3$ din cazurile de stări depresive cu fenomene exprimate de inhibiţie psihică din cadrul psihozelor maniaco-depresive, reacţionează favorabil la administrarea de Pervitin. După un interval de $^1/_2$—1 oră dela administrarea preparatului, efectul său era evident. Rezultate bune au fost realizate prin Pervitin şi în tablourile cu apatie obtuză şi cu o notă depresivă, precum şi în procesele organice; arterio-scleroza cerebrală, bolile sistemului vascular şi paralizia generală progresivă.

Warstadt a administrat Pervitin dimineaţa în doze de 2 tablete la psihopaţi cu inhibiţie, obţinând astfel o înviorare şi o sporire a activităţii la aceşti bolnavi. După 4 săptămâni administrarea de Pervitin a fost treptat suprimată. Suprimarea bruscă a preparatului nu s'a dovedit a fi recomandabilă. De asemenea au fost favorabil influenţate stările depresive uşoare cu caracter reactiv şi constituţional; însă la depresiile cu stări de anxietate s'a produs o sporire nedorită a ideilor patologice.

Speckmann a observat rezultate deosebit de impresionante în cazuri de depresiune melancolică endogenă după doze zilnice de cel mult 4 tablete. La această dozare s'a observat, ce-i drept la unii bolnavi, turburări de adormire. Pacienţii cu depresii uşoare ale vârstei de involuţie, caracterizate prin dificultatea de a lua o hotărîre, prin lipsa plăcerii de a munci şi printr'o sensaţie de insuficienţă, au devenit iarăşi activi şi vioiu în urma tratamentului cu Pervitin aplicat ambulant.

Ca urmare a acestor rezultate terapeutice am întreprins şi noi cercetări clinice în stările depresive.

Am administrat preparatul Pervitin la o întreagă serie de bolnavi ai clinicei noastre, şi anume în doze relativ reduse, întrucât nu dispuneam de o cantitate mai însemnată. Totuşi credem de bine a comunica, deocamdată, încercările ce le-am făcut cu acest preparat asupra unui număr de bolnavi şi bolnave:

Nr. 1. — P. I., de 40 ani, cu diagnosticul de Pelagră. Bolnavul acuză astenie însemnată şi are preocupări ipocondriace. După 5 luni de tratament obişnuit nu se remarcă nici o ameliorare. Se încearcă tratament cu Pervitin (3 tablete pe zi, adică 9 mg). După 2 săptămâni ameliorare evidentă: bolnavul devine mai vioiu, în timp ce preocupările ipocondriace cedează.

Nr. 2. — P. G., de 35 ani, Parkinsonism cu crize oculogire. Cu 2—3 tablete Pervitin la zi crizele oculogire, cari surveneau zilnic, se produc la intervale mai mari, de 3—5 zile, şi sunt de o durată mai scurtă.

Nr. 3. — C. C., de 57 ani, cu diagnosticul de Psihoză periodică. Intrat a patra oară, la 27 Oct. 1937, cu un tablou melancolic. La 21 Noemvrie 1938, adică după ce starea de melancolie a durat mai bine de un an, se administrează Pervitin 2 tablete la zi, dar după 2 zile starea de agitaţie sporeşte, iar tabloul psihic devine din melancolic maniacal, cu insomnie, logoree, erotism şi agitaţie notorie. Timp de 17 zile se administrează pantopon şi luminal-natrium, bolnavul devenind cu încetul liniştit, când apoi se reia tratamentul cu Pervitin: 1, apoi 2 tablete pe zi, timp de 18 zile, după care bolnavul părăseşte clinica vindecat.

Nr. 4. — M. I., de 39 ani, cu diagnosticul de Depresiune după traumă psihică. La 3 săptămâni dela internare, nici o ameliorare. Se recurge la tratamentul cu Pervitin, 3 tablete la zi, după care se produce o ameliorare evidentă. Bolnavul devine mai comunicativ, discută cu ceilalţi bolnavi şi nu mai vorbeşte cu voce şoptită. Subiectiv de asemenea se simte mai bine. Intrerupându-se administrarea medicamentului timp de 5 zile, se produce din nou o agravare a depresiei. Se administrează iarăşi Pervitin, 4 tablete zilnic, ameliorarea instalându-se din nou. După 40 de zile de tratament cu Pervitin, bolnavul părăseşte clinica mult ameliorat.

Nr. 5. — C. St., de 49 ani, cu diagnosticul de Neurastenie (psihastenie), sindrom ipotensiv, tabes vezical incipient. A primit câte 3 tablete de Pervitin la zi timp de 2 săptămâni, fără ca bolnavul să simtă vre-o ameliorare.

Nr. 6. — A. L., de 27 ani, cu Spasm de torsiune. Primeşte timp de 2 luni Pervitin, 2—3, apoi 4 tablete pe zi, cu rezultat neînsemnat: spasmele au devenit mai puţin intense şi de o durată ceva mai scurtă.

Nr. 7. — O. I., de 37 ani, suferind de crize de oculogire. Boala datează de 4 ani. Crizele surveneau în medie de 2 ori pe săptămână, iar durata lor este uneori chiar de 5—6 ore. Ele sunt însoţite de obiceiu de crize sudoripare, de o stare de nelinişte şi de o tendinţă obsedantă la suicid (a şi făcut odată o tentativă de suicid prin strangulare). Boala a survenit după o perioadă de ipersomnie. In prezent sufere de insomnie. Ia 2—3 tablete de Pervitin la zi, timp de 10 zile, fără să se observe o ameliorare mai remarcabilă. Sporind apoi doza la 4 tablete pe zi, bolnavul se simte mai înviorat, crizele apar cam la 10 zile odată cu o intenzitate şi durată mult reduse. După suspendarea administrării medicamentului starea bolnavului revine la cea iniţială.

Nr. 8. — L. F., de 61 ani, cu diagnosticul de Spasm de torsiune? Tic isteric? Boala datează de un an. Mişcările involuntare interesează numai extremitatea cefalică şi fac vorbirea foarte dificilă. Se încearcă tratamentul cu Pervitin. După administrarea medicamentului se constată o diminuare a mişcărilor involuntare pe o durată de 2—3 ore.

Nr. 9. — D. I., de 56 ani, cu diagnosticul de Depresiune, astenie cu senzaţiuni organice displăcute. Se administrezză timp de o săptămână Pervitin fără nici un rezultat.

Nr. 10. — B. G., de 24 ani, cu Parkinsonism. Boala datează de 4 ani. Primeşte timp de 10 zile Pervitin, 2—3—4 tablete la zi, după care se produce o diminuare însemnată a tremurăturilor şi a rigidităţii. Vorbirea este mai uşoară şi mai clară.

Nr. 11. — B. I., de 56 ani, cu Neurastenie de involuţie, varicocel şi varice. Boala datează de 2 luni. Pervitin administrat timp de o săptămână nu produce nici o ameliorare.

Nr. 12. — S. B., de 29 ani. Diagnosticul: Stare depresivă cu somnolenţă şi ipotensiune arterială. După un tratament de 10 zile cu Pervitin, bolnava părăseşte clinica mult ameliorată. Acasă tratamentul este continuat tot cu Pervitin (zilnic câte 3 tablete) timp de încă 20 de zile, după care interval bolnava ne comunică că se simte deplin însănătoşită.

După cum reiese din descrierea cazurilor de mai sus, preparatul Pervitin s'a dovedit a fi în mod constant activ în cazurile de stări depresive uşoare sau de grad mijlociu. Bolnavii au devenit mai comunicativi, se simţeau mai învioraţi, preocupările ipocondriace dispărând, astfel că ei au putut părăsi clinica după un interval de timp relativ scurt.

La bolnavii cu spasm de torsiune şi în cazurile de crampe oculo-gire, rezultatele obţinute prin administrarea de Pervitin au fost deasemenea remarcabile. Intrucât la acestea cazuri există leziuni organice, efectul este în tot cazul numai de scurtă durată, dispărând deodată cu suprimarea tratamentului.

In trei cazuri de neurastenie gravă şi într'un caz de parkinsonism post-encefalitic cu crize oculo-gire nu am reşit să obţinem vreo ameliorare.

Noi credem că merită ca să fie incercată aceasta terapie în toate cazurile de stări depresive cu astenie, la melancolici, precum şi în parkinsonism, unde poate fi asociat cu scopolamină; tot astfel poate fi administrat şi în forma stuporoasă a schizofreniei.

Literatură

Hauschild: Naunyn-Schmiedebergs Arch Bd. 191, pag. 465.
Flügel: Klin. Wschr. 1938, Nr. 37.
Warstadt: Wien. Med. Wschr. 1938, Nr. 47.
Speckmann: Der Nervenarzt 1939, Nr. 7.

CLINICA PSIHIATRICĂ CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. C. I. Urechia

RESUMÉ

Le traitement des états dépréssifs avec Pervitin

Les auteurs decrivent les résultats satisfaisants qu'ils ont eu sur 12 malades à la suite de l'administration du Pervitin.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung depressiver Zustände durch Pervitin

Die Verfasser berichten über die guten Erfolge, die sie bei 12 Kranken durch Verabreichung von Pervitin erreicht haben.

Considerațiuni asupra malarioterapiei, malariorezistenței și piretoterapiei prin levură de bere în paralizia generală

de

Dr. Ioan Șerbu

Frecventele manifestațiuni nervoase ale sifilisului au dus la studii amănunțite și la descoperirea unui mare număr de metode terapeutice.

Până la Wagner von Jauregg, care preconizează piretoterapia prin malarie, remisiunile în paralizia generală erau excepționale. Astăzi, această metodă mult studiată și-a câștigat un loc de frunte în terapeutica boalei lui Bayle și este întrebuințată pe o scară întinsă în multe clinici și spitale de psihiatrie, formând metoda curentă de tratament a acestei maladii.

Dintre numeroasele metode piretoterapice la baza cărora rezidă un factor comun: *„febra provocată"*, fără vre-un comentar deosebit vom aminti în treacăt următoarele metode mai des întrebuințate și care au dat cele mai bune rezultate:

1. *Metode de origine infecțioase: a)* parazitare (malaria, febra recurentă, febra butunoasă, sodoku, etc.) *b)* bacteriene (tuberculina, vaccin antitifo-paratific, piriferul, levura de bere, etc.).

2. *Metode organice* (inj. de lapte, nucleinat de sodiu).

3. *Metode chimice* (oleul și esența de terebentină, oleul sulfurat, etc.).

4. *Metode fizice* (băi calde, aer cald, diatermie, electropirexie, etc.).

Cercetările făcute în domeniul piretoterapiei în paralizia generală, au dat naștere unei literaturi imense, iar numărul autorilor de al căror nume se leagă aceste lucrări e atât de mare, încât nici în treacăt nu ne putem permite să-i amintim.

Investigațiuni în acest domeniu s'au făcut și la noi în țară. Obregia, Marinescu, Urechia, Paulian, Parhon, Tomescu și alții, au publicat observațiuni și lucrări frumoase în legătură cu studiul piretoterapiei în paralizia generală.

Dacă rezultatele obținute de diferiți autori au dus la concluzia că dintre toate aceste metode piretoterapice mai sus amintite, malaria este aceea care a adus cele mai mari servicii bolnavilor noștri, și dacă această metodă se întrebuințează astăzi cu rezultate bune în multe servicii de psihiatrie, nu este mai puțin adevărat că s'a observat încă demult de unii autori, un mare număr de bolnavi malariorezistenți și cari nu pot beneficia de o cură prin malarie.

Obregia și Tomescu sesizând această chestiune încă din 1927, afirmă că rezistența la malarie în unele cazuri este atât de mare, încât putem vorbi la acești indivizi de o adevărată imunitate. Aceiași autori au observat că bolnavii tratați în spital cu malaria terță s'au imunizat, fiind refractari unei inoculări ulterioare.

In țările tropicale unde paludismul este endemic, s'a observat acelaș fenomen, bolnavii în mare parte având o imuditate câștigată în cursul infecției naturale repetate (Smith-Melaesia, Kubo și Hakori-Coreea).

Dorolle (Cochinchina) a renunțat complect și definitiv la practica impaludării, având eșecuri în 99% prin inoculări.[1])

Și la noi paludismul fiind endemic, este dela sine înțeles că se pune destul de serios această problemă.

Prof. Ciucă, Baliff și Vieru, reluând experimental această chestiune, au constatat că numărul bolnavilor malariorezistenți este cu mult mai mare la noi decât în alte țări. Așa, față de unii autori străini, cari au reușit să transmită malaria la 90—95% din indivizii inoculați, autorii români au reușit să inoculeze malaria terță în proporție de numai 54%, iar quarta în proporție de 64%. Deci procentul malariorezistenților se ridică la noi, până aproape de 50%.

Plecând dela aceste considerațiuni, noi am inoculat cu malarie terță după metoda Wagner von Jauregg, un număr de 200 paralitici generali și am constatat după un timp de 7—10 zile (timpul de incubație), că numai 113 dintre aceștia au reacționat prin accese malarice cari se succedau în mod regulat.

După numărul de 9—12 accese pe cari în general bolnavii le suportă bine, am sistat malaria prin administrarea de chinină 1—1,50 gr. pe zi, timp de 6—7 zile. La 1—2 săptămâni după sistarea malariei am complectat tratamentul prin 5—7 gr. neosalvarsan și 12—15 inj. cu iodo-bismutat de chinină. In administrarea arsenului trivalent care este congestiv nu am trecut niciodată peste doza a III-a (0,45), pentru a nu da loc la ictusuri.

Rezultatele obținute de noi sunt următoarele:

Vindecări sociale	16	14 %
Ameliorați	57	50,5%
Neschimbați	35	31 %
Sucombați	5	4,5%

Au fost în general bine influențate cazurile cu forme expansive, cu excitațiuni psihice, — forme maniacale, — pe când formele depresive, confuzionale și schizoide se ameliorează procentual mult mai puțin.

[1]) I-ul Congres Internațional de Piretoterapie, New-York, 1937.

Al doilea lot de 87 bolnavi malariorezistenţi, reinoculaţi după o lună de zile au rămas refractari infecţiei paludice şi deci n'au putut beneficia de o cură malarică. Se pare că aceşti indivizi prezentau o stare refractară, erau imuni faţă de infecţia paludică ; imunitate câşigată poate în cursul unor infecţiuni naturale unice sau repetate în decursul vieţii.

Căutând să venim în ajutorul acestor bolnavi, nu ne-am mărginit numai a face această constatare, ci pentru a putea beneficia şi ei de o cură piretoterapică, am întrebuinţat drept agent piretogen levura de bere din comerţ în soluţie de 1%, după metoda preconizată de Prof. Dr. C. I. Urechia.

Injectând pe cale intravenoasă 1—3 cc. levură de bere 1% după 1—2 ore am obţinut accese febrile la o temperatură ce variază între $39^0 - 41^0$. Durata accesului febril este de 2—3 ore.

Levura de bere se poate injecta în acelaşi timp şi chiar în aceeaşi siringă cu compusul arsenical (neosalvarsanul), care este mai bine tolerat de bolnav în timpul stării febrile. Agentul patogen (spirochetul), este astfel atăcat în acelaşi timp de doi factori, adică şi de agentul piretogen (levura de bere) şi de un spirilicid (compusul arsenical).

Injecţiile se fac în număr de două pe săptămână. Numărul acceselor febrile urmate de un bolnav într'o serie variază între 15—20. Metoda se poate repeta după o lună. Contraindicaţiunile sunt mult mai restrânse decât cele ale malariotherapiei.

Complectând cura piretotherapică prin levură de bere cu chimiotherapia arsenicală şi bismutică, am obţinut următoarele rezultate :

Vindecări sociale . . .	6 . .	7%
Ameliorati	39 . .	34%
Neschimbaţi	43 . .	50%
Sucombaţi	8 . .	9%

Cazurile bine influenţate, au fost şi aici acele cu forme expansive, maniacale, — cele depresive şi schizoide fiind mai greu influenţabile. De altcum unii autori printre cari şi Marinescu şi Grigorescu, au admis că în majoritatea cazurilor starea depresivă şi în special schizoidă este faza mai înaintată a p. g. p., care probabil a început printr'un aspect hipomaniacal neobservat. Aşa încât o deosebit de mare importanţă are instituirea unui tratament precoce tuturor acestor bolnavi.

Intrebuinţând levura de bere drept agent piretogen am putut astfel servi un procent de 41% din cei 87 bolnavi malariorezistenţi.

Levura de bere pe lângă faptul că fiind atât de eftină este la dispoziţia oricărui bolnav, are şi avantajul că se poate aplica cu suces în cazurile de malariorezistenţă.

Contraindicaţiunile piretotherapiei cu levură de bere sunt mult mai restrânse. Astfel, ea se poate aplica şi în stările de caşexie şi insuficienţă hepatică. De asemenea se poate aplica atât la copii cât şi la bătrâni.

Prin levură producem accesele febrile într'un timp determinat şi astfel bolnavul poate fi bine observat şi îngrijit. Accidentele sunt rare şi nu prejudiciază organismul.

Apoi această metodă mai are şi marele avantaj că se asociază cu un chimiotherapic specific. Cum am amintit mai sus se injectează chiar în aceeaşi siringă cu compusul arsenical, care este mai bine tolerat în timpul stării febrile.

Prof. Urechia cu Mihalescu, întrebuinţând levura de bere în 223 cazuri de paralizie generală, au obţinut 9% vindecări şi 37% ameliorăţiuni. Colaboratorii lui Gh. Preda-Sibiu, au întrebuinţat levura de bere în 58 cazuri de p. g. şi au obţinut 24 ameliorăţiuni. [1])

Pentru o reală interpretare a rezultatelor amintesc că toţi cei 200 de bolnavi cari formează obiectul lucrării noastre au prezentat reacţiuni pozitive atât în sânge cât şi în lichid şi că instituirea unui tratament acestor bolnavi a fost în toate cazurile precedată de un amănunţit şi foarte sever examen general. De asemenea toţii bolnavii noştri au fost în prealabil tonificaţi prin tonice generale, cardiotonice, vitamină C, insulină etc., mare parte din ei fiind slăbiţi şi neputând altcum suporta o cură piretotherapică.

Concluziuni

1. Când nu există contraindicaţiuni suntem alături de cei ce preconizează malariotherapia precoce în toate cazurile cu reacţiuni lichidiene pozitive.

2. Chimiotherapia arsenicală şi bismutică va complecta cura piretotherapică în toate cazurile.

3. Dacă există contraindicaţiuni sau în cazurile de malario-rezistenţă, care se ridică la noi până aproape de 50%, instituim o cură piretotherapică întrebuinţând un alt agent piretogen.

4. Noi am întrebuinţat levura de bere din comerţ în soluţie de 1% la paraliticii generali malariorezistenţi şi la cei unde malaria era contraindicată şi am obţinut 7% vindecări şi 34% ameliorăţiuni.

5. Levura de bere are şi următoarele avantagii :

a) ne este uşor şi ori când la îndemână.

b) prin ea putem produce accese febrile întrun timp determinat astfel că bolnavul poate fi bine observat.

c) se poate asocia cu un chimiotherapic specific, acesta fiind mai bine tolerat de bolnav în timpul stării febrile.

[1]) I-ul Congres Internaţional de Piretotherapie. New-York, 1937.

6. Recomandăm piretotherapia prin levură de bere acolo unde nu se poate aplica malaria şi în cazurile de malariorezistenţă.

(SPITALUL DE BOLI MINTALE SIBIU
Director: Dr. L. Ionaşiu)

RESUMÉ

Considérations sur le malariothérapie, malariorésistance et pyretothérapie par levure de bière dans la paralysie générale

Enregistrant les méthodes pyretothérapiques les plus frequemment employées dans le traitement des paralysies générales, l'auteur insiste sur le pourcentage plus grand des malariorésistants dans notre pays. Innoculant la malaria tièrce à deux cents paralytiques généraux, il parvient à transmettre l'infection paludique seulement à 113 d'entre-eux, les autres restant refractaires même à une deuxième innoculation. Completant la cure malarique par la chimiothérapie arsenicale et bismutique, on obtient 14% des guérisons et 50,5% des améliorations. Un second lot composé par les 87 p. g. refractaires à l'infection paludique, il le soummet à une cure pyretothérapique par la levure de bière, d'après la méthode du Prof. Urechia et obtient 7% des guérisons et 34% des améliorations. Après qu'il insiste sur les résultats obtenus et sur les avantages que présente la levure de bière, il recommande cette méthode pour les p. gx malariorésistants, en obtenant ainsi des résultats satisfaisants.

ZUSAMMENFASSUNG

Malariatherapie, Malariaresistenz und Fiebertherapie durch Bierhefe bei allgemeiner Paralyse

Bei Beurteilung der fiebertherapischen Methoden, die häufiger angewendet werden, betont der Verfasser den grossen Prozentsatz derer, die in unserem Land Malariaresistent sind. Bei Einimpfung mit Malaria tertiana an 200 allgemein Paralytikern gelingt es nur bei 113 von diesen eine Malariaerkrankung hervorzurufen, die übrigen bleiben auch bei der zweiten Einimpfung resistent.

Bei Vervollständigung der Malariakur durch Arsenik und Bismuttherapie erhält man 14% Heilungen und 50,5% Besserungen.

Eine zweite Gruppe, die von den 87 allgemein Paralytikern gebildet wird, die Malariaresistent waren, unterwirft der Verfasser einer Fiebertherapie mit Bierhefe, nach der Methode Prof. Urechia und erhält 7% Heilungen und 34% Besserungen. Indem der Verfasser die erhaltenen Resultate und die Vorteile, die die Bierhefe gewährt, betont, empfiehlt er diese Methode bei den allgemein Paralytikern, die der Malaria widerstehen, da befriedigende Resultate erzielt werden können.

Organizare sanitară de război

Spitalele de răniţi din Sibiu

Datoria ceasurilor istorice de acum este copleşitoare. Pentru buna ei îndeplinire este nevoie de efortul comun al tuturor fiilor ţării, indiferent de vârstă, ocupaţie, sex, sau oricare alt element de ordin individual. Mai mult chiar, anumite aspiraţii colective, de altă natură, trebuie să rămână în umbră, pentru ca toată forţa şi toate posibilităţile noastre să rodească în iureşul suprem ce îl face ţara pentru întregirea hotarelor sale samavolnic cutropite. Toţi trebue deci să jertfească.

Mai presus de toate jertfele însă, este jertfa propiei vieţi, pentru realizarea idealului naţional. Luptă fără morţi nu se poate. Victorie fără cimitire de eroi nu se câştigă. Aşa că, odată în luptă, trebuie să acceptăm jertfele luptei. Iar dacă toţi fiii ţării, chiar dacă nu sunt pe front, lucrează în acelaşi scop, deci trebuiesc grijiţi şi încurajaţi, este totuşi evident că grija principală trebuie îndreptată în primul rând asupra celor ce sângerează.

Este un fapt de ordin psihologic, uşor explicabil, că frica sau oroarea de front nu vine de cele mai multe ori de teama morţii, care în timp de război nu mai sperie, ci de teama suferinţei îndelungate, la care, rănit fiind, poţi fi expus. De aceea, este de primordială necesitate asigurarea serviciului sanitar la un aşa nivel, ca soldatul să nu aibă mereu înaintea sa spectrul suferinţei fără ajutor, ci să fie convins că, odată rănit, cel mai bun ajutor i se acordă din primul moment, continuându-se apoi în aşa mod, încât eventuala sa invaliditate să fie minimă.

Chiar ţările cu vechi instituţii de asistenţă, cu serviciu sanitar tradiţional, au printre cele mai grele probleme ce se pun în caz de război, asigurarea posibilităţilor de ospitalizare şi îngrijire a răniţilor, care întotdeauna depăşesc enorm numărul de bolnavi din timp de pace.

Astfel, în timp de război, rolul serviciului sanitar este de importanţă capitală, iar ipertrofia lui o necesitate stringentă. Unităţi sanitare de mare amploare trebuesc create ad hoc, înzestrate cât mai complect posibil şi încadrate cu un personal care să poată asigura funcţionarea lor impecabilă.

Privite în acest complex, Spitalele de Campanie, care se deplasează odată cu frontul, reprezintă o înjghebare ce asigură intervenţia medicală de urgenţă,

dar nu o poate completa prin tratamente postoperatorii, căci în acel caz ar fi nevoie ca numărul lor să se multiplice enorm, nedispunând totuşi de elementul de siguranţă şi îngreunând în mod vădit operaţiunile militare.

De aceea, din primul moment când după intervenţia de urgenţă rănitul poate fi deplasat din spitalele de campanie, el este trranspus în Spitalele de Zonă Interioară, care îl iau pe rănit în grije şi îl reţin acolo până el poate fi recuperat pentru serviciu, sau este clasat pentru invaliditatea cu care rămâne.

Idealul ar fi ca toate aceste spitale Z. I. să fie fostele spitale militare din timp de pace şi spitalele şi sanatoriile civile. Dar am văzut că acest lucru nu este posibil, din pricina că sunt pe de o parte insuficiente ca număr de paturi, iar pe de altă parte ele trebuie că continue a asigura şi sănătatea populaţiei civile din mijlocul căreia se recrutează viitoarele contingente de luptători, pe care trebuie să-i avem cât mai sănătoşi. Astfel, cea mai mare parte din răniţi vor fi trataţi în spitale Z. I. improvizate conform prevederilor din timp de pace şi conform necesităţilor războiului. Şi aici este meritul celor ce reuşesc să improvizeze spitale Z. I. care să egaleze, sau chiar să întreacă spitalele din timp de pace. Greutatea este destul de mare, de oarece trebuie evitată fixarea lor în centre expuse atacului inamic (centre care de obiceiu dispun şi de posibilităţi de plasare) şi trebue căutate localităţi mai ferite, care de obiceiu fiind mai mici, nu dispun nici de clădiri mari şi confortabile suficiente.

Ajutorul cel mai important vine tot dela instituţiile de Stat sau bisericeşti (şcoli, internate, cămine, mănăstiri) care deşi trebuie să pregătească pe cei ce vor lua mâine locul celor căzuţi la datorie, sunt obligate să se răstrângă la funcţionarea în condiţiuni pasagere mai mizere, pentru a putea totuşi face posibilă înjghebarea de spitale pentru răniţi.

Cât priveşte materialul de efecte spitaliceşti, dacă mobilizarea a fost bine pregătită, ele trebuie să se afle în cantitate suficientă în stocuri. La fel instrumentele şi medicamentele.

Personalul medical al acestor spitale trebuie foarte bine selecţionat, lucru destul de greu unde în timp de pace sunt puţine instituţiuni spitaliceşti, deoarece e cu totul altceva medicina practicată în cabinetul medical decât practica medicală din clinici şi din spitale. Personalul sanitar auxiliar constitue însă piatra de încercare a acestor spitale din timp de războiu. Pentrucă dacă un medic, oricare, va reuşi să se afle cumva în situaţie, cu mult mai greu va fi personalului sanitar auxiliar voluntar din timp de războiu, care trebuie să treacă aici dela preocupări de un cu totul alt ordin. De aceea meritul cel mai mare în buna funcţionare a acestor spitale, lor le revine. De abia acum ne dăm mai bine seama de serviciul enorm pe care l-au adus ţării, trudindu-se mai ales pentru a se face înţeleşi şi pregătind din timp de pace întregi serii de infirmiere voluntare, oameni clar-văzători ca Drii Ursu şi Veluda, ajutaţi de Doamne cu mult spirit de sacrificiu, ca D-nele Docan, Dordea.

Un exemplu de realizare admirabilă a acestor spitale Z. I. îl constituie cele din Sibiu. De altfel este un lucru natural. Prestigiul Facultăţii de Medicină ardelene — aflată acum la Sibiu — se resfrânge şi asupra acestor fraţi minori sibieni, spitalele Z. I. Din emulaţia de a se ajunge cât mai aproape de realizările înfăptuite la noile clinici, a rezultat un număr de spitale Z. I. care, prin aspectul lor, prin felul cum sunt îngrijiţi răniţii şi prin faima ce şi-au creat-o deja, pot fi date într'adevăr ca exemplu întregei ţări.

Dar, bine înţeles, toate acestea nu s'ar fi putut realiza fără sprijinul nelimitat al Armatei, în special al Comandantului Corpului 7 Teritorial, D-l General de Divizie I. Pleniceanu, fără concursul Ministerului Sănătăţii, în frunte cu D-l Profesor P. Tomescu, şi fără de munca îndelungată de pregătire a Drilor Stoichiţă, Cosma şi Sturza, în colaborare cu D-l Col. Iliescu, Comandantul Cercului de Recrutare din localitate.

Ca organizare, la Sibiu, sunt trei mari centre chirurgicale: Spitalul Z. I. 479, Spitalul Militar şi Spitalul Public. Aici sunt aduşi răniţii care au nevoie de intervenţii chirurgicale mari. In celelalte spitale Z. I. sunt internaţi răniţi care au nevoie de intervenţii chirurgicale mai mici, precum şi răniţii care au fost operaţi în cele trei centre mari chirurgicale, atunci când transferarea lor devine posibilă, pentru a face acolo loc altor răniţi grav, din transporturile următoare. Răniţii cu plăgi care nu prezintă gravitate, precum şi cei care se apropie de vindecare, din toate Spitalele Z. I. din Sibiu, când aici este nevoie de locuri pentru răniţi mai grav, sunt transferaţi la Spitalele Z. I. din localităţile învecinate. Acest mecanism de triare, repartizare, ţinere în evidenţă şi control lucrează cu foarte multă preciziune.

In cele de mai jos, se va trece într'o succintă revistă Spitalele Z. I. din Sibiu.

Spitalul Z. I. 479 este plasat în chiar incinta Clinicilor Universităţii, într'o parte a clădirii cedată anume pentru acest scop, dispunând de cele mai moderne ustensile, cu care Clinicile au fost dotate, şi este condus de însuşi Rectorul Universităţii şi întemeietorul Şcoalei de Medicină română ardelene, *Med. Lt. Col. Profesor Dr. I. Haţieganu*, secundat de *Med. Maior Prof. Dr. Al. Pop* şi *Med. Maior Dr. M. Hângănuţ*. In acest spital se fac intervenţiile chirurgicale de amploare. Rezultatele operatorii sunt excelente. De aceea nu este de mirare deosebita dragoste ce o poartă marii mutilaţi de acolo maeştrilor ce-i îngrijesc şi marele număr

de cereri ce vin din tot cuprinsul ţării pentru a fi trataţi acolo.

Spitalul Z. I. 476, din clădirea Ursulinelor, este condus de d-l *Med. Maior Prof. Dr. Ţeposu,* secundat de Med. Maior Prof. Dr. Gh. Popoviciu şi având ajutorul unui grup de infirmiere voluntare sub direcţiunea D-nei Prof. Dr. Ţeposu. Munca plină de devotament şi abnegaţie a creat în acest spital o atmosferă de linişte, de siguranţă şi de părintească grije, aşa de binefăcătoare răniţilor ce vin aşa de slăbiţi de uraganul frontului.

Spitalul Z. I. 484, din clădirea Şcoalei Primare Regina Maria, este condus de *Med. Maior Conf. Dr. I. Voicu,* ajutat de Dr. Gârbea şi de un personal distins de infirmiere voluntare în frunte cu inimoasa Doamnă Foca Crişan. O ordine şi o disciplină desăvârşite domnesc în acest spital mic şi simpatic, în care răniţii primesc o hrană ce concurează cele mai bune restaurante din timp de pace, făcând să se vadă mâna de bun gospodar a celui ce conduce spitalul.

Spitalul Z.I. 480, instalat în localul Şcoalei Normale de băieţi, cel mai modern local de şcoală din ţară, luxos chiar, este condus de *Med. Col. Dr. Preda,* harnicul vicepreşedinte al ASTREI şi de *Med. Lt-Col. Conf. Dr. Velluda,* cu concursul d-lui Prof. Goia, dascăl universitar de cel mai înalt prestigiu şi a d-lui Dr. Manta, unul din cei mai distinşi medici din şcoala clujană. Pentru clarificarea cazurilor mai dificile, d-l Prof. Goia a mai pus la dispoziţie toate laboratoarele şi clinica D-Sale. Preţios tribut de colaborare dă d-na Sofia Meteş, care se îngrijeşte de partea culturală şi spirituală a răniţilor.

Spitalul Z. I. 482, este instalat în clădirea impozantă a Internatului Liceului Gh. Lazar, nu de mult construită şi dotată cu încălzire centrală, baie încăpătoare, spălătorie sistematică şi bucătărie cu cel mai modern utilaj. Comandantul spitalului este *Med. Maior Conf. Dr. I. Gavrilă,* ajutat de Dr. Ciplea, iar chirurgul este cunoscutul specialist sibian, Dr. Fabritius. Spitalul are norocul de a avea pe unele din cele mai bune infirmiere, sub direcţiunea d-nei Mioara General Pleniceanu, care cu un spirit de jertfă desăvârşit şi cu o dragoste nemărginită pentru răniţi face un adevărat apostolat, dând totodată întregei societăţi cel mai frumos şi elocvent exemplu.

Inafară de aceste spitale, după cum am precizat dela început, în Sibiu mai sunt îngrijiţi răniţi şi în cele două *spitale tradiţionale: militar şi public,* unul condus de *Med. Lt.-Col. Dr. Ursu,* iar celalalt de *Docent Dr. Filipescu.* Primul este unul din cele mai bine organizate spitale militare din întreaga ţară. Cel de al doilea complet transformat, are azi o înfăţişare cu adevărat occidentală.

In ajutorul spitalelor Z. I. din Sibiu mai stă şi *Institutul de Igienă al d-lui Medic Col. Prof. Moldovan.* Acolo se fac cele mai multe din analizele serologice şi microbiologice, cu un serviciu special pentru depistarea cazurilor de malarie.

Pentru controlul pulmonar radioscopic al tuturor răniţilor, la dispoziţia spitalelor Z. I. stă d-l Conf. Dr. Daniello ajutat de d-l Dr. N. Bumbăcescu.

După cum este şi firesc, aproape totalitatea internaţilor în spitalele Z. I. o constitue bolnavi chirurgicali. Aceasta în primul rând pentrucă în acest război suntem în continuu în ofensivă, înaintăm, ceea ce înseamnă răniţi. Apoi, nu suntem de mult timp în război ca să avem şi alte boli decât de răni, căci ori cât de greu este războiul, nu a ajuns să altereze starea de sănătate a soldaţilor, decât prin răni. Apoi, bolile de ordin medical ce se pot ivi pe front şi în această perioadă a războiului nostru nu dau un număr mare de îmbolnăviţi şi ei sunt recuperaţi în spitalele mai apropiate de locul de îmbolnăvire. Cât priveşte bolile contagioase ce s'ar putea ivi pe front, e natural că bolnavii nu vor fi purtaţi dealungul ţării pentru carantinare, pentru a nu se lăţi epidemiile ce ar putea apare în cursul înaintării frontului. Faptul cel mai îmbucurător al acestui război este tocmai acesta că tributul de morţi şi suferinzi se limitează aproape exclusiv la victimele armelor, spre deosebire de războaiele anterioare, când altfel de îmbolnăviri dădeau un număr de morţi şi suferinzi mult superior celui datorit armelor.

Aspectul spitalelor de zonă interioară va varia totuşi cu condiţiunile de luptă, cu durata războiului şi cu evoluţia normală a plăgilor. Acestui aspect pur chirurgical, cu plăgi deschise, cu amputaţii, etc. îi va urma un altul, când vor prima cei cu sechele, ce se acumulează cu trecerea timpului tot mai mulţi, pe măsură ce proporţia răniţilor proaspeţi din spitale scade. La urmă vor prepondera deabia cei cu boli medicale, datorite prelungirii războiului. Dar acest ultim aspect va putea lipsi dacă durata răsboiului nu va fi lungă.

Spitalele Z. I. îşi încep activitatea deodată cu sosirea primilor răniţi evacuaţi de pe front, dar nu şi-o sfârşesc odată cu încetarea ostilităţilor, ci numai atunci când totalul răniţilor şi îmbolnăviţilor în războiu s'au vindecat sau au putut fi plasaţi, fără a le stânjeni bunul mers, în spitalele militare şi civile din timp de pace.

Organizarea şi funcţionarea spitalelor Z. I. nu se poate face după şablon. Ea depinde de perioada războiului, de natura internaţilor, de posibilităţile de ospitalizare şi tratament, de depărtarea de front, de căile de comunicaţie, etc.

De aceea, e bine ca, sub un control sever dar înţelegător, să li se lase posibilitatea de a se acomoda fiecare în parte după împrejurările locale şi după nevoile mereu schimbătoare pentru a căror remediere au luat fiinţă.

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă înaintea fiecărei mese

Depozit permanent : Drogueria Standard, Str. Sf. Ionică 8, București

---

AMIGDALITE
CRONICE ȘI ACUTE
LARINGITE, FARINGITE
STOMATITE, GINGIVITE

GARGARISME CHAUVIN

TIMOL, FENOSALIL, GLICERINĂ, ALCOOL DE MENTĂ

Se vor face gargarisme cu o linguriță la un pahar cu apă

TOATE INFLAMAȚIUNILE NASULUI, A FARINGELUI NASAL ȘI BUCAL

ANTISEPTOL

RHINOFARINGITE, SINUZITE, HIPERTROFIA CORNETELOR, VEGETAȚIUNI ADENOIDE, OTITE

MENTOL, CAMFOR, EUCALIPTOL
CLORETON, OL. PARAFFINI q.s.

Se va picura de 2-3 ori pe zi câteva gute în fiecare nară.

Mostre gratuite la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREȘTI IV

Pervitin

1 phenil - 2 methyl - amino propan

Hypotonie și Collaps circulator

după operații și boli infecțioase

Stimulent psihic

în depresiuni, psihoze și narkolepsie

Analeptic puternic

pentru deșteptarea din narcoze și intoxicații grave

Temmler Werke, Berlin

Brosedan

Sedativ, lichid cu brom și drojdie de bere

Terapia bromică fără efecte secundare!

Brosedan ușor de amestecat în alimente, ușurează administrarea dietei achlorurate

Brosedan e inofensiv, ușor de administrat și cu acțiune durabilă

Indicații: stări de iritabilitate, tireotoxicoze, turburări climacterice, hypertonie, maladia razelor.

Temmler Werke, Berlin

Pentru România: **Dr. Alexandru Radu, Bucureşti 3,** Str. Sofia 30

Revista revistelor

MEDICINA INTERNĂ

Asupra ipotireozelor. (Ueber Hypothyreose) de Prof. *Dr. Iacobi* şi *Dr. Reuter*. Med. Welt. Nr. 39/1941. Pag. 1000—1003.

Se descriu zece cazuri de ipotireoze, dintre cari 9 femei. Dintre cele 9 femei 5 au prezentat ipofuncţie ovariană. In observaţia unui bărbat ipotiroidismul probabil a fost consecutiv unei tiroidite. Pentru a putea depista formele fruste de ipotiroidism şi pentru a putea aplica o terapie eficace, este necesară determinarea metabolismului bazal. O scădere însemnată a acestuia indică un ipotiroidism. Sensibilitatea faţă de tiroxină este foarte diferită. La unul din bolnavi după trei săptămâni de tratament cu tiroxină metabolismul bazal a crescut dela — 23 la + 55% şi în acelaş timp s'au prezentat fenomene psihotice La un bărbat după luni de tratament cu tiroxină, metabolismul bazal a crescut abia dela — 48 la — 22%, totuşi la această valoare de metabolism toate simptomele clinice s'au vindecat. Intensitatea scăderii metabolismului nu este paralelă cu intensitatea tabloului clinic. Se expune în mod detailat, că tiroida în funcţiunea ei este strâns legată de întregul sistem vegetativ, însă că pe lângă factorii neurogeni în terapie îşi au importanţa lor fundamentală şi vech i factori tireogeni de ipo- şi ipertiroidism. Ca tratament suveran al ipertiroidismului este tot aşa de nediscutat tratamentul operator sau radioterapia, ca şi terapia ipotiroidismului cu tiroxină sau preparate de tiroidă.

Transfuzia sangvină directă fără adause de anticoagulante după Briem. (Direkte und zusatzfreie Blutuebertragung nach Briem) de *Dr. W. Dopfer*. Dtsch. med. Wchschr. 1941. Nr. 35. Pag. 953—956.

Se descrie un aparat consacrat pentru transfuzia sangvină directă. Nu este necesar dea adăoga substanţe, care să împiedece coagularea, pentrucă sângele cu această metodă nu coagulează. Valoarea deosebită constă în simplicitatea metodei şi a aparatului şi mai ales în posibilitatea de a putea transfuza sânge, care fără nici o alterare chimică sau fizică îşi menţine proprietăţile lui naturale şi cu aceasta este de o valoare biologică deosebită.

Importanţa diagnostică a arteriografiei vaselor periferice. (Die diagnosche Bedeutung der Arteriographie peripherer Gefässe) de *Dr. H. Guderley*. Med. Welt 1941. Nr. 37. Pag. 949—952.

Autorul din studiul cu titlul de mai sus ajunge la următoarele concluziuni: arteriografia în cazuri dubioase este un mijloc ajutător de mare valoare pentru diagnosticul anevrismelor şi a fistulelor arteriovenoase şi pentru aprecierea urmărilor grave după leziunile arterelor. Arteriografia arată nu numai sediul exact al leziunei şi prin aceasta stabileşte des comportarea chirurgicală, ci ea ajută la diagnosticul diferenţial al anevrismelor de tumorile foarte vascularizate. Ea arată în diferitele leziuni vasculare pereţii netezi în afecţiunile spastice şi neregulaţi în arteriosclerozâ. Prin arteriografie se poate aprecia în mod sigur, dacă o ischemie a unei extremităţi, survenită în mod brusc, este datorită unei embolii arteriale, sau tulburările de circulaţie sunt datorite unei simple vasoconstricţii.

Dr. I. Gavrilă

*

INFECŢIOASE

Rezultate în imunizarea contra difteriei. (Ergebnisse der Diphterieschutzimfung) de *W. Nüller Alberti*. Med. Klin. 1940. Pag. 1215—1216.

Autorul discută rezultatele unor imunizări active executate într'o colectivitate de copii.

Inainte de imunizare în 12 săpt. s'au îmbolnăvit în curs de 12 luni 74 copii cu o difterie tipic din punct de vedere clinic, confirmată şi bacteriologic. După vaccinare în curs de 17 zile s'au îmbolnăvit numai 14 copii. Un copil s'a îmbolnăvit după injecţia 2-a de vaccin Restul de 13 s'au îmbolnăvit între prima şi a 2-a vaccinare, între cari s'a observat un interval de cel puţin 4 săpt. Ca vaccin s'a utilizat Diphterie-Toxoid-Asid şi produsul Al.-F.-T-Behring In total s'au vaccinat 463 de copii.

Ipertensiune în difterie. (Hypertension in diphteria) de *Irving Rosenbaum*. J. Pediatr. 17. Pag. 210—217/1940.

Se relatează 2 cazuri grave de difterie, în cari după difterie s'a produs o ipertensiune, într'un caz în a 18-a zi de 180/120, în altul în a 5-a zi de 145/110. In acelaşi timp s'a produs şi o paralizie a vălului palalin. Autorul explică această ipertensiune prin, că se produce o vaso-constricţie periferică, eventual prin o revărsare de adrenolină. Ipertensiunea persistă numai câteva zile şi dispare odată cu trecerea paraliziei vălului.

O scurtă contribuţie la problema cazurilor de reinfecţia în scarlatină. (Ein kurzer Beitrag zur Frage der Scharlachheimkehrfälle) de *H. Dierker* şi *E. J. Paaso*. Dtsch. med. Wchschr. Nr. 39, 1941. Pag. 1071—1072.

Se relatează un număr de 69 de cazuri de scarlatină, observate în ultima iarnă. Cazuri toxice primare nu s'a observat, din contră au fost observate multe complicaţiuni piogene şi multe reinfecţii după plecarea cazurilor din spital (20,2%). Examinările bacteriologice pentru streptococi hemolotici sunt deconsiliate, ca neavând nici o valoare, pentrucă reinfecţiile s'au observat în număr mai mare la copii, unde rezultatul bacterilogic a fost negativ. Este deconsiliată şi prelungirea izolării în spital cu scopul de a scădea numărul cazurilor de reinfecţii, întru cât şi această metodă este ineficace.

Tratamentul bolilor infecţioase acute cu irgamid (G. 290) Die Behandlung akuten Infektionskrankheiten mit Irgamid (G. 290) de *N. Markoff*. Schw. med. Wchschr. 1941. Nr. 31. Pag. 904—907.

Autorul a utilizat preparatul irgamid (G 290) în tratamentul diferitelor boli infecţioase acute: infecţiuni cu pneumococi, stafilococi, streptococi, colibacili. Dozarea: în prima zi 6 gr., a 2-a zi 4,5 gr., a 3-a zi 1,5, a 4-a şi a 5-a zi doză identică. Copiii până la 7 ani doze de jumătate, până la 2 ani 1/4 din doza totală. In câte un caz s'au aplicat şi doze mai mari până la 9 gr. în 24 de ore, fără a observa reacţiuni. Ca doză totală 15—20 gr. In nici un caz nu s'au observat alteraţiuni din partea sângelui sau a organelor hematopoetice. După observaţiile de până acum se poate spune, că tratamentul cu irgamid este indicat în infecţiuni cu pneumococi, (pneumonii, bronchopneumonii), stafilococi, streptococi (erizipel, complicaţiuni scarlatinoase etc.), infecţiuni colibacilare.

Dr. I. Gavrilă

*

OBSTETRICĂ

Graviditatea după nefrectomie pentru tuberculoză renală. (Schwangerschaft nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose) de *Dr. H. Scherer*. Schw. med. Wchschr. 1941. Nr. 37. Pag. 1075—1077.

Autorul în baza alor trei observaţiuni demonstrative atrage atenţiunea asupra pericolului, care îl prezintă o nouă graviditate la o femeie nefrectomizată pentru tuberculoză.

*

GINECOLOGIE

Rezultatul tratamentului cu Cyren în insuficienţa ovariană postgravidică. Dr *H Tüscher.* Şcoala de moaşe hessană şi clinica ginecologică din Mainz (Referat după Klin. Wschr. 1939, Nr. 23).

Tüscher a tratat cu Cyren femei cu disfuncţiune ovariană şi 8 femei cu hipo — sau — amenoree secundară după sarcină. Rezultatele obţinute la aceste 8 femei pot fi considerate drept rezultate durabile.

Doze mai mari de 1,5 mgr. pentru odată nu a mai dat Tüscher, de când a văzut odată survenind vărsături după doza prea mare de 3 mgr. Şi în celelalte turburări climacterice şi depresive se obţin prompt ameliorări subiective cu Cyren B. După ce toleranţa pentru preparatele de Cyren a fost suficient cunoscută, Tüscher este de părere că trebue să recomande întrebuinţarea lor şi medicului practician, în insuficienţele ovariene uşoare şi mijlocii şi anume în faza proliferativă 0,5 mgr. de Cyren B la fiecare 2 sau 3 zile cu o pauză după 14 zile. Dacă prima cură rămâne fără rezultat, tratamentul cu Cyren trebue repetat încă de 2 sau 3 ori, eventual dând şi Progesteron în a 2-a jumătate a intermenstrului. O mărire a dozei de fiecare dată este contraindicată.

Contribuţiuni la introducerea Cyrenului în terapia turburărilor hormonale ale funcţiunilor genitale ale femeei. Dr. *K. Tietze.* Clinica ginecologică univ. Leipzig. (Referat după Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1939 c. 7).

Noua substanţă oestrogenă Cyren a fost încercată la peste 70 de femei. Acţiunea a fost netă în insuficienţa ovariană. De ex, la o femeie de 24 ani exista de 4 ani o amenoree; curetajul şi foliculina (300000 U) au rămas fără efect; însă administrarea de Cyren B (în 1-a, a 5-a, a 12-a şi a 15-a zi câte 2,5 mgr.) şi de Lutren (în ziua 16-a, 17-a, 19-a, 20-a şi 22-a câte 6 mgr.) au produs o menstruaţie. Apoi la o femeie de 23 de ani cu amenoree primară a putut fi obţinută o menstruaţie cu Cyren B în zilele a 1-a, 5-a, 11-a, câte 5 mgr. şi câte 5 mgr. de Lutren în zilele a 13-a, 14-a, 15-a, 17-a şi 19-a. Cu această ocazie s'a putut constata şi o creştere netă a volumului uterului. Şi în endometrita hemoragică Cyrenul are acelaşi efect ca foliculina. Sunt suficiente în aceste cazuri puţine injecţii intramusculare. Şi hemoragiile după avorturi spontane şi după raclaje sunt oprite de Cyren ca şi de foliculină. De asemeni s'a obţinut încetarea unei hemoragii într'o hiperplazie glandulară a endometrului, după eliminarea massei hiperplastice. In persistenţa foliculară recidivantă cu hemoragii de durată lungă 1 sau 2 injecţiuni cu 1 sau mai bine cu 5 mgr. de oestradiolbenzoat opresc imediat hemoragia; Cyrenul, de obiceiu 2,5 mgr., are acelaşi efect. Se poate obţine şi deplasarea menstruaţiei cu Cyren. Tietze a obţinut odată aceasta fără să vrea, dând de 3 ori 2,5 mgr. Cyren în săptămâna premergătoare menstruaţiei; menstruaţia nu s'a produs decât după 8 zile. Pentru inhibiţia secreţiei laptelui s'a întrebuinţat Cyrenul de vreo 50 de ori, când copilul murise şi se încerca împiedicarea producerii secreţiei lactate; ca doza cea mai sigură. Tietze recomandă 2,5 mgr. de Cyren B. De obiceiu o injecţie este suficientă, numai de 8 ori. Tietze a făcut 2 injecţii şi de 2 ori 3. Incercarea de a excita contracţiile uterine slabe cu Cyren aşa cum se face cu foliculină, (Cyren B de 3 ori câte 5 mgr.) nu a dat lui Tietze rezultate sigure. Ca fenomene accesorii Tietze a văzut numai odată exagerarea unor dureri de cap deja existente. Atunci când se caută rezultate durabile, se va utiliza Cyren B.

Primele observaţiuni asupra proprietăţilor clinico-terapeutice ale unui preparat nou oestrogen (dietil-dioxi-stilben). Dr. *P. Lorenzini.* Clinica ginecol. Torino. (Referat după La Ginecologia 1940, vol. 6).

Cyrenul a fost întrebuinţat la 20 de bolnave cu turburări de hipo- şi disovarie, resp. în absenţa ovarelor, cu următoarele rezultate bune:

1. Prurit vulvar la o femeie de 60 de ani; niciun rezultat durabil cu alte preparate de foliculină. Injectând săptămânal numai 0,5 mgr. Cyren B, după 2 luni semnele de scărpinat au dispărut aproape complet şi bolnava nu mai prezintă sindromul pruriginos decât sub o formă uşoară, de scurtă durată. Cura bine tolerată a fost continuată cu câte 0,05 mgr. de 2 ori pe săptămână, până la doza totală de 4,2 mgr.

2. Menopauză incipientă la 4 bolnave cu turburări vasomotorii nete, precum şi cu psichastenie şi migrenă. Sub influenţa Cyrenului, câte 0,05 mgr. injectate de 2 ori pe săptămână, starea generală se ameliorează. Mai târziu Cyren per os, în total 1 mgr. Odată s'a observat greaţă cu ameţeală.

3 Oligo- şi hipomenoree la 2 paciente de 18 şi 20 de ani (cu dismenoree accentuată). La al 2-lea ciclu, după 4 luni de injecţii cu 0,5 mgr. Cyren B (la 8 şi 16 zile după sfârşitul menstruaţiei precedente) urmate de 3 injecţii cu Progesteron (câte 2 mgr.), durata şi intensitatea hemoragiei menstruale sunt net crescute, dismenoreea devenind absolut tolerabilă. Cura bine suportată se continuă, cu 3 injecţii pe lună de câte 0,5 mgr. după menstruaţie, împreună cu Progesteronul, până ce s'au administrat în total 5,5 mgr. de Cyren B.

4. Stare puerperală la 7 femei după faceri premature şi moartea copilului. Din prima până în a 3-a zi a puerperalităţii, injecţii cu Cyren B, la început 0,5 mgr., apoi zilnic de 2 ori câte 0,05 mgr. timp de 3 zile, în total 1,8 mgr. Cyren B. Datorită acestui fapt, lactaţiunea este suficient oprită şi fără dureri (bandajele nu mai sunt necesare).

5. Amenoree secundară la o pluripară tânără. După 5 injecţii a câte 0,5 mgr. Cyren B la interval de câte 4 zile apare o hemoragie vicariantă de 3 zile. Pe cât se pare, ciclul poate fi menţinut cu 4 injecţii (de câte 0,5 mgr. Cyren B) pe lună, precum şi cu Progesteron. Până acum în total 3,5 mgr.

6. Turburări vasomotorii (transpiraţii, palpitaţii etc.) după ovariectomie la 5 bolnave. 0,05 mgr. Cyren B de 2 ori pe săptămână au dat bolnavelor o stare de bine, menţinând-o. Până acum în total 0,8 mgr. O pacientă se plângea la fiecare administrare de greţuri.

Asupra altor observaţiuni (în sterilitate, dismenoree, anexite. etc.) unde au fost întrebuinţate şi doze mai mari, încă nu se pot trage concluzii. Totuşi ca total general, Lorenzetti poate conchide, că chiar cu dozele întrebuinţate de el, doze care sunt cu mult mai mici decât cele întrebuinţate în general, Cyrenul B are incontestabil o acţiune asemănătoare aceleia a foliculinei.

*

OTOLOGIE

Prostigmina şi surditatea. (La prostigmine et la surdite) de *W. Racine.* Schw. med. Wchschr. 1941. Nr. 27. Pag. 816-820.

In studiul cu acest titlul autorul a încercat să vadă, care este influenţa prostigminei asupra auzului la indivizi, cari aud bine şi la cei cu leziuni ale aparatului de transmisiune şi ale aparatului de percepţiune. Interesaţi prin rezultatele magnifice şi miraculoase semnalate în America, mai ales de către Davis şi Rommel, autorul a vrut să-şi dea seama de aceasta prin examenele obiective, exacte şi precise, pe cari ni le poate furniza audiometru lui Marconi, pe care autorii îl utilizează în Clinica Oto-Rino-Laringologică din Berna. Aceste rezultate obiectiv înregistrate par a da informaţii mai preţioase, decât notaţiunile: „auzul aproape normal", ameliorare de aproximativ 25%, „auz ameliorat", „ameliorat în mod satisfăcător", întâlnite la autorii americani.

Autorul a vrut să stabilească în special modificările, pe care le poate determina acest medicament asupra surdităţii ipersimpaticotonicilor. Dacă se consultă curbele medii, date în text, se constată că oricare ar fi sediul leziunii, care determină surdi-

tatea, modificările produse prin prostigmină nu depăşesc 5,6 decib. pentru frecvenţa c2, 4,7 decib. pentru c3 şi 4,8 decib. pentru c4, aceste trei frecvenţe fiind cuprinse în zona ipersensibilă. O mărire maximală medie de 5 decib. chiar în zona limbajului articulat, nu este suficientă pentru a modifica o surditate din punct de vedere funcţional.

In mod teoretic o surditate distonică datorită ipersimpaticotoniei ar trebui să fie influenţată în mod favorabil prin un medicament vagotonisant. In mod practic nu este nimic din aceasta pentrucă acest medicament introdus, chiar pe cale intravenoasă, nu ajunge să modifice echilibrul vegetativ local, adecă tensiunea mediului urechii interne, tot aşa ca şi echilibrul între tensiunile acestor diferite medii.

Examenele şi probele pe cari noi le-am practicat la 30 de indivizi cu auzul bun sau atinşi de surditate prin leziuni ale aparatului de percepţie sau ale aparatului de transmisiune, ne-au demonstrat, că prostigmina n'a modificat auzul în nici unul din aceste cazuri.

*

DERMATOLOGIE

Soluţia prontosil - alcool - acetonă în tratamentul epidermofiţiei şi a eczemelor madidante. (Prontosil-Alkohol-Azeton-Lösung zur Behandlung der Epidermophytie und nässender Wundekzeme) *de Dr. Carl Pfalzgraf.* Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 14—1941. Pag. 399.

In ultimii ani epidermofiţia mânilor şi picioarelor s'a înmulţit foarte mult la muncitorii din regiunea industrială a Rinului. Medicii din această regiune aveau printre ocupaţiile lor esenţiale, combaterea acestei infecţiuni, atât prin măsuri profilactice cât şi terapeutice.

Memmescheimer a recomandat mult locodon şi anume zilnic 2 băi în soluţie iocodon 1 : 300 şi după aceea local o miatură cu iocodon 1—2% . Acest tratament dă rezultate bune, însă e puţin cam incomod.

Autorul întrebuinţează de 2 ani în tratamentul epidermofiţiilor, soluţia prontisil - alcool - acetonă, formulată de Bosse acum câţiva ani pentru tratamentul şi desinfecţia rănilor.

Formula acestei soluţii e următoarea :

Rp. Prontosil rubrum 2,0 gr.
Spiritus 90% 64,0 gr.
Aceton 35,0 gr.
Glycerin 1,0 gr.

Cu această soluţie se badijonează zilnic teritoriile cutanate interesate de afecţiune. Rezultatele sunt prompte, în unele cazuri după 3 zile, în altele, cele mai rebele, după maximum 3 săptămâni.

Autorul pe lângă această tinctură, mai aplică un pansament local cu alifie de prontosil 5%, obţinând astfel rezultate excelente.

Dr. Liviu Modran.

*

VENOROLOGIE

Cercetări referitor la întrebuinţarea vitaminei C în intoleranţa salvarsanică şi în accidentele salvarsanice. (Untersuchungen über die Anwendung des Vitamin C bei Salvarsanunverträglichkeit und bei Salvarsanschäden) de *Dr. A. Kühner.* Dermatologische Wochenschift Nr. 21—1941. Pag. 409.

Autorul având la dispoziţie în Clinica Dermato-Venerică din Posen, un material abundent de cazuri de infecţiune sifilitică, numai în decursul unui an şi 4 luni (1 XI 1939 — 1 III 1941) fiind trataţi în total 481 de bolnavi în diferite faze ale sifilisului, a putut studia cu prisosinţă şi în mod documentat acţiunea vitaminei C în diferite cazuri de accidente postsalvarsanice.

S'a constatat că la bolnavii trataţi cu salvarsan există un mai mare consum de vitamină C şi deci o necesitate a organismului mărită în această direcţie.

La bolnavii cu accidente postsalvarsanice există o deficienţă mare a vitaminei C, putem spune chiar că există o hipovitaminoză.

Autorul a întrebuinţat in cazuri de intoleranţă arsenobenzolică, injecţiuni cu vitamină C (Cebion Merck). Injecţiunea de Cebion s'a făcut în aceeaşi siringă cu Neosalvarsanul, bolnavii suportând bine injecţiunea şi ne mai apărând nici un semn de intoleranţă salvarsanică.

Acţiunea terapeutică a neosalvarsanului n'a fost influinţată (scăzută), prin administrarea simultană de vitamină C (Cebion).

Dr. Liviu Modran

*

OFTALMOLOGIE *)

G. Buzoianu, V. Posticescu. Hydropisie Meningée diffuse d'origine etique. Revista ştiinţelor oto-rino-laringologice. Nr. IV 4, 1941. Pag. 364.

Hidropizia meningee de origine etică este rară, proporţional cu etitele de origine mastoidiană, fapt care a determinat pe autori să publice următoarea observaţiune: un tânăr cu eteree dr. şi dureri masteidiene. Se intervine printr'o craniectomie timbanomastoidiană incomplectă. B. W. în sânge pozitiv. După 3 săptămâni dela operaţie apar fenomene de hipertensiune: cefalee, vărsături, edem papilar, parestezia jumătăţii dr. a feţii şi a limbii, puls 56 pe minut, micţiuni frequente, pupilele inegale cu reacţiuni leneşe, nistagmus orizontal lateral la dreapta, hiperestezie dureroasă tactilă pe tot corpul. Romberg positiv la dreapta. Dinametria mâna dr. 90, mâna stg. 65. V. O. Dr 1/2, nu se corijează, V. O. Stg. 1.

Se suspectează un abces cerebral. Este operat din nou: se curăţă vechiul focar şi se face puncţia cerebrală care este negativă. Se face atunci o puncţie lombară decompresivă şi se injectează intravenos ser glucezat hipertonic 30% . Bolnavul se vindecă iar după o lună aproximativ i se face plastia conductul membranes extern. Diagnoza finală deci a rămas de hidropizie meningee de origine otică. Autorii arată că staza papilară este întotdeauna prezentă în această maladie. Diagnosticul diferenţial se face cu abcesul cerebral, cerbelos, subdural, cu meningita etică, cu edemul cerebral. Patogenia obscură ar fi datorită probabil unor fenomene vasomotorii, unui focar iritativ meningean... Tratamentul: chirurgical, operaţie pe focarul otic, craniotomie timpano-mastoidiană, evidare petro-mastoidiană largă, cu denudarea dureimater cerebrale şi cerebeloase. Medical: puncţie lombară decompresivă şi injecţii de ser glucozat hipertonic. Pe cale bucală vom administra sulfamide ca antiinfecţioase generale.

G. Buzoianu, G. Popovici, M. Jubu. Les treubles labyrinthiques dans un cas de tumeur cérébelleuse. Revista Ştiinţelor oto-rino-laringologice. Vol. V. Nr. 1/2, 1941. Pag. 1.

Turburările labirintice centrale constituesc astăzi o problemă foarte discutată fără însă a fi bine pusă la punct. Aubry şi Lereboullet strâng 26 cazuri din literatură şi le împart în: a) tumori situate în 3/4 post. ale creerului departe de centrii vestibulari, cari sunt considerate ca tumori cerebeloase pure, b) tumori situate anterior sau tumori cerebeloase anterioare, aproape de centrii vestibulari, considerate ca tumori vestibulo-cerebeloase, cari pot da leziuni distructive. In observaţia autorilor era vorba de o tumoră cerebeloasă în regiunea post. a lobului cerebelos dr. (simptome: ameţeli, cefalee, occipitală cu caracter pulsativ, vărsături, sgomote în urechi, stază papilară O. D. şi edem incipient O. S.) Necropsia a arătat un limfangiom chistic al lobului cerebral anterior şi adeno-carcinom renal drept.

Autorii insistă asupra elementului labirintic care e foarte preţios pentru reperul exact al tumorilor din fossa posterioară. In cazul lor se evidenţiază un syndrom spontan cu caracter cen-

*) Cercul de referate al Clinicei Oftalmologice din Iaşi. Şedinţa din 27 Mai 1941.

tral cu hiperexcitabilitate bilaterală calorică şi rotatorie. Admit că în tumorile cerebeloase semnele deficitare uni sau bilaterale arată prezenţa de tumori mediane sau quasimediane c re distrug zona vastibulo-cerebeloasă. Semnele de hiperexcitabilitate vestibulară arată sau o tumoră anterioară sau antero-laterală care irită zona nucleilor vestibulari. Unele tumori laterale şi posterioare nu dau modificări clinice vestibulare.

A. M. Thomson, H. D. Griffith, J. R. Mutch, D. M. Lubbeck, with the assistance E. C. Owen and J. Logaras. A study of diet in relation to health Dark Adaptation as an index of adequate vitamin A intake. (A New Photometer for Measuring Rate of Dark Adaptation).

Britisch journal of ophthalmology, 7, 1939, XXIII. Pag 461.

Metoda de adaptometrie a lui Edmund şi Clemmensen (citirea unei litere imprimate cu intensitate variată de tentă, prin ochelari fumurii de obscuritate variată (sticle Tscherning), s'a dovedit insuficientă în exactitate. Autorii o modifică utilizând o singură literă, neagră, şi un aparat în care intensitatea luminii nu mai e variată de sticle Tscherning, ci printr'un disc cu diafragme variabile care permit o iluminare variată. Pentru expunerea prealabilă a ochiului la o lumină mare, utilizează un sistem special de iluminare electrică. Toate intensităţile luminoase obţinute în aparat, sunt etalomate în mod precis prin fotometrie. Rezultatele cercetărilor pentru a verifica exactitatea metodei, au arătat că viteza mersului adaptării a variat cu intensitatea luminii la care fusese expus ochiul înainte de începerea testului. Curba constantă de adaptare se obţine numai dacă înainte de a expune ochiul la lumina maximă care precede examenul la întuneric, ochiul a fost acomodat deja pentru întuneric la maximul posibil.

Secretar general: *Drd. Covali Nicolae*

Note şi informaţiuni

Prin Decretul Lege Nr. 2782 publicat în Monitorul Oficial Nr. 237 din 7 Octomvrie 1941, s'a promulgat legea Nr. 876, pentru complectarea dispoziţiunilor decretelor legi Nr. 1286 din 10 Mai 1941, şi Nr. 2526 din 9 Septemvrie 1941.

Art. I. Actuali Medici Şefi de asigurări, cu stagiul de medic secundar prin concurs, efectuat la instituţiile spitaliceşti ale Ministerului Sănătăţii, Eforia Spitalelor Civile, Aşezămintele Brâncoveneşti şi Epitropia Sf. Spiridon Iaşi, cu o vechime de cel puţin 8 ani în Asigurările Sociale şi Instituţiile sus arătate, se încadrează şi se definitivează, prin deciziunea subsecretarului de Stat al Muncii, în postul de medic şef de Casă de Asigurări Sociale, cu salariul după tabela A, tipul 24.

Art. II. Dispoziţiunile art. 6, punctul b, din decretul lege Nr. 2526 din 9 Septemvrie 1941, se aplică şi farmaciştilor şi chimiştilor din Asigurările Sociale.

Art. III. Termenul de 30 zile prevăzut de art. 9 din decretul lege Nr. 2526 din 1941, se va socoti dela data publicării prezentului decret-lege.

Prin Decretul-Lege Nr. 2783 publicat în Monitorul Oficial Nr. 237 din 7 Octomvrie 1941, s'a promulgat Legea Nr. 877 pentru modificarea Art. 41 din Legea pentru înfiinţarea şi organizarea Consiliului de Patronaj al operelor sociale.

Prin Decretul-Lege Nr. 2845 din 11 Octomvrie 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 242 din 12 Octomvrie 1941, s'a promulgat legea Nr. 912 pentru modificarea şi completarea unor dispoziţiuni privitoare la salarizarea din Codul Funcţionarilor publici „Regele Mihai" I, şi a tabelelor de salarizare a funcţionarilor, anexa codului.

Conform acestui Decret-Lege, s'au făcut următoarele încadrări:

Invăţământul superior

Prof. titular Tabela A. 8, tip. 18, cu 1—7 gradaţii Lei 27700—61800; Profesor agregat Tabela A. 8, tip. 22, cu 1—7 gradaţii Lei 19400—46600; Conferenţiar Tabela A. 8, tip. 24, cu 1—7 gradaţii Lei 16000—38400; Şef de Secţie Tabela A. 8, tip. 24, cu 1—8 gradaţii Lei 16000—41600; Lector, Şef de lucrări Tabela A. 8, tip. 26, cu 1—8 gradaţii Lei 13400—34850; Asistent Tabela A. 8, tip. 28, cu 1—6 gradaţii Lei 11100—24400; Preparator Tabela A. 8, tip. 33, cu 1—6 gradaţii Lei 7200—15850.

Corpul superior sanitar şi de ocrotire

Inspector General Sanit. Tabela A. 13, tip. 21, cu 1—5 gradaţii Lei 21200—42400; Medic Şef al Capitalei Tabela A. 13, tip. 21, cu 1—5 gradaţii Lei 21200—42400; Subinspector General San. Tab. A. 13, tip. 23, cu 1—5 gradaţii Lei 17600—35200; Medic Subşef al Capitalei Tab. A. 13, tip. 23, cu 1—5 gradaţii Lei 17600—35200; Medic primar de judeţ Tabela A. 13, tip. 24, cu 1—5 gradaţii Lei 16000—32000; Medic Şef de port princip. Tabela A. 13, tip. 24, cu 1—5 gradaţii Lei 16000—32000; Medic Igienist Tabela A. 13, tip. 24, cu 1—5 gradaţii Lei 16000—32000; Medic Şef de Municipiu Tabela A. 13, tip. 24, cu 1—5 gradaţii Lei 16000—32000; Medic Şef de Oraş Tabela A. 13, tip. 26, cu 1—5 gradaţii Lei 13400—26800; Medic de circ. Tabela A. 13, tip. 27, cu 1—5 gradaţii Lei 12100—24200; Medic de port. Tabela A. 13, tip. 27, cu 1—5 gradaţii Lei 12100—24200.

Medici de spitale şi dispensare

Medic primar de specialitate Tabela A. 13, tip. 26, grad. 1—5 Lei 13400—26800; Medic de spital mixt Tabela A. 13, tip. 27, grad. 1—5 Lei 12100—24200; Medic de dispensar Tabela A. 13, tip. 30, grad. 1—5 Lei 9300—18600; Medic asistent Tabela A. 13, tip. 30, grad. 1—5 Lei 9300—18600; Medic secundar Tabela A. 13, tip. 30, grad. 1—5 Lei 9300—18600.

Medici de laborator

Medic Şef de laborator Tabela A. 13, tip. 24, grad. 1—5 Lei 16000—32000; Medic asistent Tabela A. 13, tip. 27, grad. 1—5 Lei 12100—24300; Medic preparator Tabela A. 13, tip. 28, grad. 1—5 Lei 11100—22200.

Medici angajaţi pentru asistenţa medicală a funcţionarilor

Medic consultant Tabela A. 13, tip. 27, grad. 1—5 Lei 12100—24200.

Farmacişti

Farmacist Inspector G-ral Tabela A. 13, tip. 23, grad. 1—5 Lei 17600—35200; Farmacist Şef Tabela A. 13, tip. 26, grad. 1—5 Lei 13400—26800; Farmacist Tabela A. 13, tip. 28, grad. 1—5 Lei 11100—22200.

Asistente sociale

Asistentă socială şefă Tabela A. 13, tip. 28, grad. 1—5 Lei 11100—22200; Asistentă socială principală Tabela A. 13, tip. 31, grad. 1—5 Lei 8600—17200; Asistentă socială Tabela A. 13, tip. 33, grad. 1—5 Lei 7200—14400.

Surori de ocrotire

Directoare de institut Tabela A. 13, tip. 28, grad. 1—5 Lei 11100—22200; Revizoare de ocrotire Tabela A. 13, tip. 31, grad. 1—5 Lei 8600—17200; Soră de ocrotire şefă Tabela A. 13, tip. 32, grad. 1—6 Lei 7800—15600; Soră de ocrotire Tabela A. 13, tip. 33, grad. 1—5 Lei 7200—14400.

Prin Decretul-Lege Nr. 2846 din 11 Octomvrie 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 243/I, din 13 Octomvrie 1941, s'a completat art. 4 din legea generală de pensiuni în sensul că pentru toţi cei care fac în timp de războiu parte din comandamentele, unităţile şi formaţiunile Armatei de operaţiuni, timpul servit se va socoti intreit în calculul pensiunei.

Acest calcul se va face pentru fiecare caz în parte, pe baza ordinelor de zi, prin care s'au făcut mutaţiile respective.

Aceste dispoziţiuni se aplică cu începere dela 22 Iunie 1941.

Când mobilizatul încetează de a face parte din Armata de Operaţiuni, timpul servit se va calcula numai îndoit la pensiune.

Prin Decretul-Lege Nr. 2853 din 11 Octomvrie 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 243 din 13 Octomvrie 1941, se modifică art. 132 din decretul lege pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale publicat în Monitorul Oficial Nr. 269 din 20 Noemvrie 1941, după cum urmează:

Taxele de întreţinere şi îngrijire încasate dela bolnavi, vor fi întrebuinţate direct şi în totalitatea lor pentru nevoile de alimentaţie, cheltuieli de gospodărie, întreţinerea şi refacerea construcţiilor sau a instalaţiilor, precum şi pentru procurarea instrumentarului necesar instituţiunilor.

Contabilizarea operaţiunilor de încasări şi plăţi în buget a taxelor încasate de instituţiile sanitare se va face ulterior pe bază de acte justificative înaintate Ministerului, Muncii Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Prevederile prezentului Decret-Lege intră în vigoare dela 1 Aprilie 1941.

Orice dispoziţiuni contrarii prezentului Decret-Lege sunt şi rămân abrogate.

Decizia Ministerială Nr. 59932 din 2 Octomvrie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 239 din 9 Octomvrie 1941:

Noi, Ministru Secretar de Stat al Muncii, prin Decizia Nr. 102368 din 2 Octomvrie 1941, se confirmă ca membrii în Comisiunea superioară de arbitraj de pe lângă Ministerul Muncii, d-nii:

D. R. Ioaniţescu, profesor titular de legislaţie muncitorească şi politică socială la Academia de Înalte Studii Comerciale şi Industriale din Bucureşti şi Aristide Bazilescu, profesor de Economie Politică la Facultatea de Drept din Bucureşti.

Prin Deciziunea Comitetului Casei Fondului Naţional al Aviaţiei cu Nr. 12 din 10 Octomvrie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 245 din 15 Octomvrie 1941, toate petiţiunile adresate Conducătorului Statului sunt scutite de timbrul aviaţiei.

Prin Deciziunea Consiliului de Miniştri cu Nr. 1226 din 14 Octomvrie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 246 din 16 Octomvrie 1941, s'au fixat cu începere dela 1 Septemvrie 1941, noi diurne pentru cheltuielile de întreţinere pentru funcţionarii publici.

Prin Decizia Ministerului M. S. O. S. Nr. 64861 din 18 Octomvrie 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 251 din 22 Octomvrie 1941, se dispune:

Art. I. Farmaciile din Ţară pot folosi numai câte un student practicant pentru fiecare farmacist diriginte care lucrează efectiv în farmacie.

Angajări de studenţi practicanţi se vor face numai cu aprobarea Facultăţii de Farmacie şi a Ministerului Sănătăţii.

Ele vor fi scrise.

Indatoririle studenţilor practicanţi sunt acele prevăzute de programul de studii al Facultăţii de Farmacie.

Proprietarii farmaciilor sunt obligaţi a se îngriji de întreţinerea studenţilor practicanţi (casă şi masă) fie în natură fie în bani.

Prin Decretul Conducătorului Statului, cu Nr. 2765 din 6 Octomvrie 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 240 din 10 Octomvrie 1941, d-l Dr. Ioan Cosma, medic primar al jud. Sibiu, se înaintează la gradul de medic Inspector General, în conformitate cu art. 229 din Legea Sanitară şi de Ocrotire.

Prin Decretul Conducătorului Statului, cu Nr. 2766 din 6 Octomvrie 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 240 din 10 Octomvrie 1941, s'a făcut următoarea schimbare în personalul medical pendinte de Ministerul M. S. O. S.:

D-l Dr. Puşcariu Octavian, Inspector General Sanitar Central definitiv şi fost Director clasa I (medic) se transferă definitiv în postul de Director clasa I (medic) al Direcţiunei Personalului din Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

D-l Dr. Neamţu Ilie, medic secundar în Institutul Obstetric şi Ginecologic din Timişoara, se transferă în Institutul pentru studiul şi profilaxia cancerului din Sibiu.

Concurs. In ziua de 20 Noemvrie 1941, ora 8 a. m., va începe la Eforia Spitalelor Civile din Bucureşti concursul pentru ocuparea a 38 posturi vacante de externi în spitalele sale.

Concursul se va ţinea conform dispoziţiunilor prevăzute în regulamentul concursului de externat în medicină, la spitalele Eforiei, aprobat prin Decretul Regal Nr. 3562 din 2 Noemvrie 1931.

Inscrierile se primesc la Direcţia Personalului Eforiei Spitalelor Civile din Bulevardul Elisabeta Nr. 5, până la data de 15 Noemvrie 1941, ora 13.

Posturi vacante. In Monitorul Oficial Nr. 238 din 7 Octomvrie 1941, s'au declarat vacante următoarele concesiuni de farmacii:

Judeţul Ilfov, comuna Lipia Bojdani.

Judeţul Timiş, comuna Şag (concesiunea fostei farmacii Kiss).

Judeţul Turda, comuna Baia de Arieş (concesiunea fostei farmacii Hagyi).

Judeţul Severin, oraşul Orşova (concesiunea fostei farmacii Grama, 1 Octomvrie 1941).

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacţie

Wiener Klinische Wochenschrift. Nr. 36, vom 5. September, 1941.

Knochen- und Gelenktuberkulose: A. Wittek.

Ein Beitrag zur Endometriosis vesicae urinariae: K. Henning.

Nr. 37, vom 12. September, 1941.

Röntgen- und Tuberkulindiagnostik der Kindertuberkulose: R. Priesel.

Die Kopfschwartenzange im Kampf gegen die Wehenschwäche: R. Stiglbauer.

Ein Fall von Doppelmissbildung - Notomelia anterior - beim Menschen: C. Kümmerling.

Nr. 38 vom 19. September, 1941.

Neue statistische Ergebnisse über die Verbreitung des Krebses, der Tuberkulose und des Rheumatismus: H. Reiter.

Über die Präkanzerose: H. Hamperl.

Biochemische Diagnostik des Krebses: K. Hinsberg.

Organisation zur Bekämpfung des Rheumatismus in Sachsen: G. Weitzmann.

Nr. 39 vom 26. September, 1941.

Schicksalsforschung an radikal operierten Krebskranken: W. Denk.

Das Rheumatoid: V. Vulitie.

Betrachtungen über generalisierte Vakzine im Zusammenhange mit einem persönlichen Fall: I. Gavrilă, P. Ţârlea und P. Neagoş.

Leberpräparate bei nicht perniziösen Erkrankungen: A. Henszelmann.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 35, vom 29. August, 1941.

Über die Kohlensäurebäderbehandlung von Herzkranken und Gefässkranken: Gollwitzer-Meier.

Über die Auswahl der Herzkranken für die Kohlensäurebäderbehandlung: Kroetz.

Bei welcher Menge entnommenen Blutes setzt das Knochenmark mit gesteigerter Blutneubildung ein?: Piechl.

Hat die Unterscheidung der Blutgruppe A_1 und A_2 für die Bluttransfusion praktischen Wert?: Messerschmidt.

Direkte und zusatzfreie Blutübertragung nach Briem: Dopfer.

Soziale Zukunftsaufgaben der Medizin: Hebestreit.
Militärärztliches aus dem spanischen Bürgerkrieg: Ferrari.
Wann nützt, wann schadet kochsalzfreie Kost?: Marx.
Wirkung von Mistelextrakt bei Karzinom: Auler.
Sulfanilamid in der Behandlung von Wunden: Gaede.

Nr. 36, vom 5. September, 1941.

Neuzeitliche Behandlung der Gonorrhoe: Löhe und Brett.
Sulfonamidtherapie in Geburtshilfe und Gynäkologie: Philipp.
Beobachtungen über Pneumoniebehandlung mit Sulfanilamido-Thiazol: Göpfert.
Die Bedeutung der Pneumokokkentypen für die Diagnostik und Therapie der Lungenentzündungen: Tornack.
Zur Frage der Pneumoniebehandlung mit Eubasinum und dessen Nebenwirkungen: Strangmann.
Über weniger günstige Erfolge und Mängel bei ber Behandlung von Pneumonien mit Sulfamidpyridin (Eubasinum, Sulfapyridin Homburg und Bayer): Koch.
Die Steuervorauszahlungen am 10. September, 1941: Martin.
Die Diagnose der Bauchtuberkulose im Kindesalter: Klare.
Prognose bei Lungentuberkulose im Wochenbett: Roloff.

Nr. 37, vom 12. September, 1941.

Ernährungsversuche über die unterste Grenze der Lebensmöglichkeit und den Aufstieg zur Norm: Kollath.
Über den Insulinschock und seine therapeutische Anwendung in der inneren Medizin: Barthelheimer.
Indikation und Technik der Tuberkulinbehandlung der verschiedenen tuberkulösen Erkrankungen: Neumann.
Beitrag zur genitalen Form der Oslerschen Erkrankung: Franke und Bindseil.
Augenmuskellähmung bei chronischer Kolitis: Hansen.
Erschlaffung der Brust nach dem Abstillen: Gaede.

Nr. 38, vom 19. September, 1941.

Zur Frage der chirurgischen und der radiologischen Behandlung des Mastdarmkrebses: Chaoul.
Praktischer Arzt und Hypnose: Schultz.
Über den Insulinschock und seine therapeutische Anwendung in der inneren Medizin: Bartelheimer.
Medizin und Naturphilosophie bei Theophrastus Paracelsus. Zu seinem 400. Todestage, dem 24. September, 1941: Vogt.
Theophrastus Paracelsus und der Norden: Roemisch.
Gibt es Scharlach ohne Schuppung?: Schultz.
Aktive Immunisierung bei Tetanus: Schmidt.
Behandlung chronischer Arthropathien: Grote.

Nr. 39, vom 26. September, 1941.

Die Prognose der Leberzirrhose: Nonnenbruch.
Zum Vorkommen der epidemischen Hepatitis: v. Hoesslin.
Der übertragbare Markscheidenschwund: Schaltenbrand.
Ist die Alkalitherapie beim Ulcus ventriculi und duodeni berechtigt? Klewitz.
Ein kurzer Beitrag zur Frage der Scharlachheimkehrfälle: Dierker und Paaso.
Vergleich des Löfflerserums mit dem Clauberg III (Indicator)-Nährboden zum Diphteriebazillennachweis an Hand von 2300 Rachen- und Nasen-Einzeluntersuchungen: Meding.
Klimatotherapie chronisch rezidivierender Bronchitis: Bachmeister.
Zur Behandlung der Sterilität: Knaus.
Gleichzeitige Behandlung von Gonorrhoe und Lues: Löhe.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Nr. 36, vom 6. September, 1941.

Die Ergebnisse der ätiologischen Kropfforschung in dem 60 jährigen Zeitraum von 1880–1940, in ihrer Bedeutung für die Verhütung der Kropfentstehung: Friedrich Wolter.
Über die Verträglichkeit hoher Dosen von Anhydrooxyprogesteron und die dabei beobachteten Ausscheidungsverhältnisse bei hysterektomierten und kastrierten Frauen: R. Qenner und C. A. Joël.
Über die bei Vera reichung von Anhdro-oxyprogesteron im Harn ausgeschiedenen Steroide: M. W. Holdberg und E. Hardegger.
Über die Verteilung des Jods in der normalen und in der sklerotischen Gefässwand: Pierre Masson.
Über Wandel und Wert der Therapie: Simon Bollag.
Zur Entschädigungsfrage der Rekurrenslähmung: K. Kistler.
Militärpsychiatrie in der geschlossenen Anstalt: A. Kielholz.

Nr. 37, vom 13. September, 1941.

Beitrag zur Klinik der Chordome: Fritz Jenny.
Zur Chirurgie Anatoliens: Eduard Melchior.
Ein Beitrag zur Frage des lymphämoiden Drüsenfiebers: Leopold Feil.
Panzerherz mit Einflusstauung: L. Bischoff.
Über eine Modifikation des elektrischen Ejakulatiostestes: C. A. Joël.
Schwangerschaft nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose: H. Scherer.
Typisch menschliche Entwicklungsfaktoren in der Pathogenese der endokrinen Krankheiten: Rudolf Roosen.

Die Medizinische Welt. Nr. 36, vom 6. September, 1941.

Die Farbensinnstörungen und ihre Prüfung bei der Kriegsmarine: Marinestabsarzt Dr. Heinsius.
Die Behandlung ausgedehnter Ekzeme durch Umstimmung mit Bluttransfusion: Dr. H. Hartung.
Multiple Sklerose und Schwangerschaft: Prof. Dr. H. Demme.
Zur perkutanen Behandlung rheumatischer Erkrankungen: Dr. E. Iakob v. Balden.
Tropfenfähigkeit: Doz. Dr. med. habil. F. v. Bormann.
Kinderärztliche Beobachtungen in einem Goralendorf: Doz. Dr. habil. F. Hansen.

Nr. 37, vom 13. Snptember, 1941.

Augenverletzungen durch Fliegerbomben: Doz. Dr. med. habil. P. Siegert.
Die Farbensinnstörungen und ihre Prüfung bei der Kriegsmarine: Doz. Dr. E. Heinsius.
Die diagnostische Bedeutung der Arteriographie peripherer Gefässe: Dr. H. Guderley.
Die orthopädische Frühbehandlung der spinalen Kinderlähmung: Dr. H. H. Mutschler.

Nr. 38, vom 20. September, 1941.

Augenverletzungen durch Fliegerbomben: Doz. Dr. med. habil. P. Siegert.
Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und ihre gesetzlichen Grundlagen, soweit sie den behandelnden Arzt betreffen: Prof. Dr. P. Mulzer.
Zur Diagnose und Behandlung des erworbenen haemolytischen Ikterus: Oberarzt Prof. Dr. E. Schilling und Unterarzt Dr. F. Brückner.

Richtlinien für die Einrichtung des Blutspenderwesens im Deutschen Reich: Dr. H. Braun.

Schuldhaftes Verhalten und Leistungen in der reichsgesetzlichen und privaten Krankenversicherung: Dr. jur. W. Schnatenberg.

Nr. 39, vom 27. September, 1941.

Pharmakologie und therapeutische Ergänzungsmassnahmen der italienisch-bulgarischen Kur: Dr. W. Völler.

Über Hypothyrose: Prof. Dr. Jacobi und M. S. Reuter.

Über Hustenbehandlung mit pflanzlichen Expectorantien unter besonderer Berücksichtigung des Expectonorm: Dr. H. Braun.

Die Zeit des Paracelsus: Prof. Dr. F. Lejeune.

Hippokrates. Nr. 36, vom 4. September, 1941.

Su-Da-Bad: Olpp.

Veränderung unserer Nahrung durch Hitzezubereitung und ihre Beurteilung für die Gesundheit: Dienst.

Aus der psychotherapeutischen Praxis: Heyer.

Symbiose zwischen Gesundheitsführung und Hausarzttum: Berger.

Weltall: Mensch: Bittel.

Nr. 37, vom 11. September, 1941.

Zum Aufbau der Lehre von der Vorsorge: Kötschau.

Grundlagen zur Erforschung und Behandlung von Anfällen des Migränekreises: Matzdorff.

Über den sog. Kardiospasmus: Wachs.

Gallenblasenerkrankungen: Drescher.

Aus der psychotherapeutischen Praxis: Hayer.

Nr. 38, vom 18. September, 1941.

Zwischen Säuren und Alkalien: Saller.

Neue Indikationen zur Behandlung der Apendizitis: Jungbluth.

Über die Behandlung allergischer Erkrankungen: Böttger.

Autoren, um Vollendung zu erreichen, lernt erst der Künste schwerste, auszustreichen: Buttersack.

Vom Aerztehonorar: Krauss.

Nr. 39, vom 25. September, 1941.

Einige Zustandsbilder aus dem hyperthyreotischen Formenkreis: Bansi.

Beitrag zur Rezistenzfrage: Koch.

Zwischen Säuren und Alkalien (I. Forts.): Saller.

Über Kräuterbäder und ihre Ersatzmittel: Peyer.

Quantenphisik und Quantenbiologie: Jordan.

Der Landarzt. Nr. 35, vom 27. August, 1941.

Organisierte Gesundheitsfürsorge in den Betrieben: Dr. jur. W. Schnatenberg.

Über die Verwendung von Salizyl-Moorextraktbädern bei akuten und chronischen Affektionen der Gelenke und Muskeln und bei Ischias: Prof. Dr. phil. habil. W. Peyer.

Ist die Tuberkulose eine „Seuche" und ist der Arbeitseinsatz von Tuberkulösen möglich?: Dr. med. Frank Kellner.

Nr. 36, vom 3. September, 1941.

Die Grundlagen der Homöopathie. II.: Dr. med. Erich Haehl.

Vollkornbrot dasselbe wie Schrot- oder Schwarzbrot?: G.

Nr. 37, vom 10. September, 1941.

Veränderungen in der Mundhöhle bei Diabetes mellitus: Dr. Hoffmann.

Die Grundlagen der Homöopathie. III. (Schluss.): Dr. med. Erich Haehl.

Nr. 38, vom 17. September, 1941.

Standesspiegel VII.: H. Berger.

Ausschaltung minderwertigen Erbgutes: Hermann Weike.

Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung. Nr. 17, vom 1. September, 1941.

Versorgung der Soldaten mit Arthritiden, Myalgien und Neuralgien (I. Teil.): Prof. Dr. A. Slauck.

Die sogenannte angeborene Hüftengelenkluxation: Prof. Dr. G. Hohmann.

Zur Technik der intramuskulären Injektion: Dr. W. Bloss.

Zur Kenntnis wichtiger einheimischen Arzneipflanzen: Dr. Hans Braun.

Welche Massnahmen sind bei der Stuhluntersuchung anzuwenden, um mit grösstmöglicher Sicherheit Wurmeier in den Fä es festzustellen?: Prof. Dr. Bischoff.

Die bevölkerungspolitische Bilanz.

Nr. 18, vom 15. September, 1941.

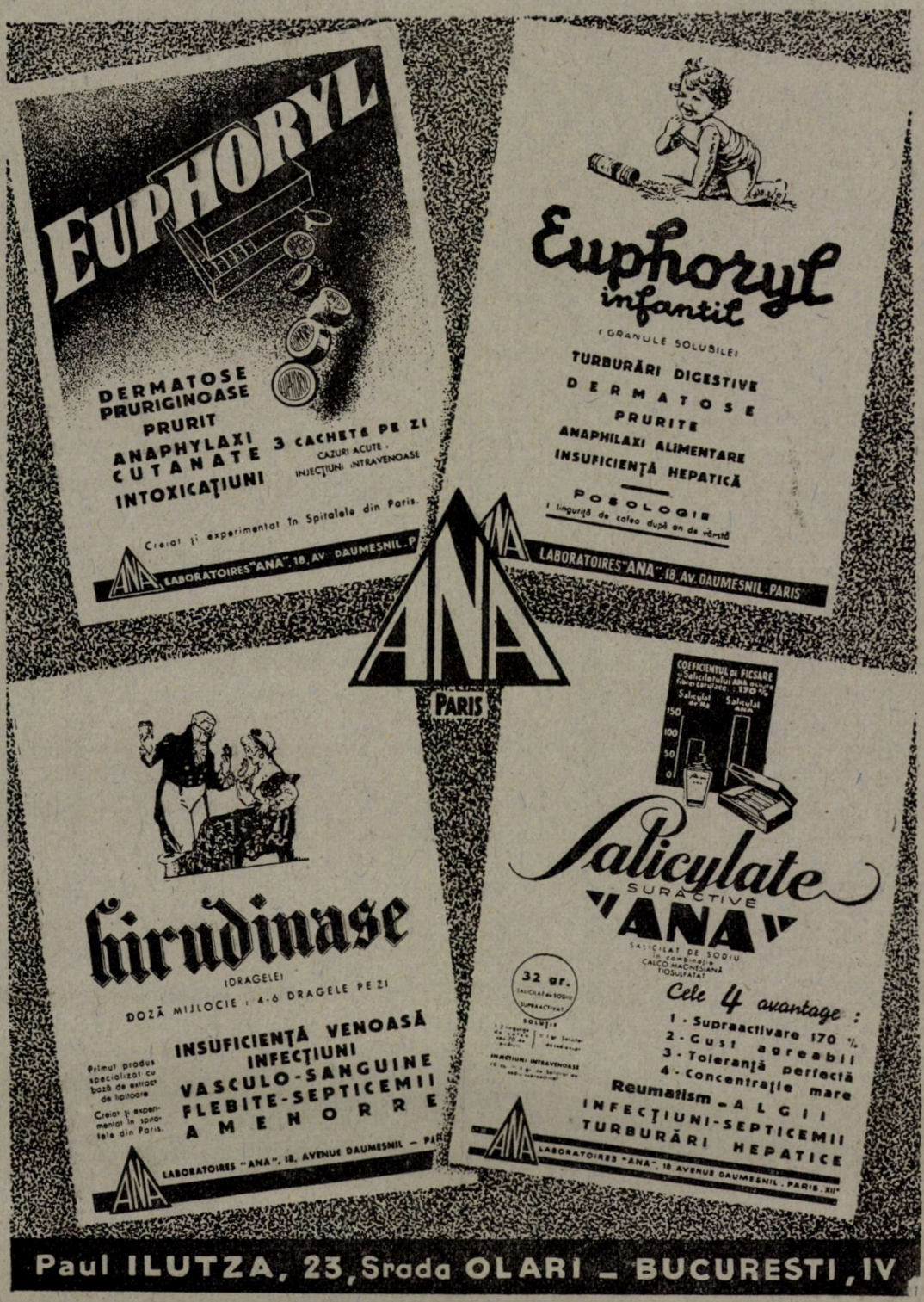
Der deutsche Arzt Paracelsus: Dr. med. et phil. Alexander Berg.

Zur Prophylaxe und Therapie des Puerperalfiebers unter besonderer Berücksichtigung der Chemotherapie: Doz. Dr. Günther Schä er.

Versorgung der Soldaten mit Arthritiden, Myalgien und Neuralgien. (Schluss.): Prof. Dr. A. Slauck.

Über die Behandlung pyogener Hauterkrankungen: Prof. Dr. Johannes Jost.

Ein ausgezeichnetes Mittel für eitrige Negelbettentzündungen: Dr. Beck.



Paul ILUTZA, 23, Strada OLARI – BUCUREŞTI, IV

Protecția gestației

în avort iminent și habitual **sterilitate** în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă, **hemoragii** (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben disolvat in uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

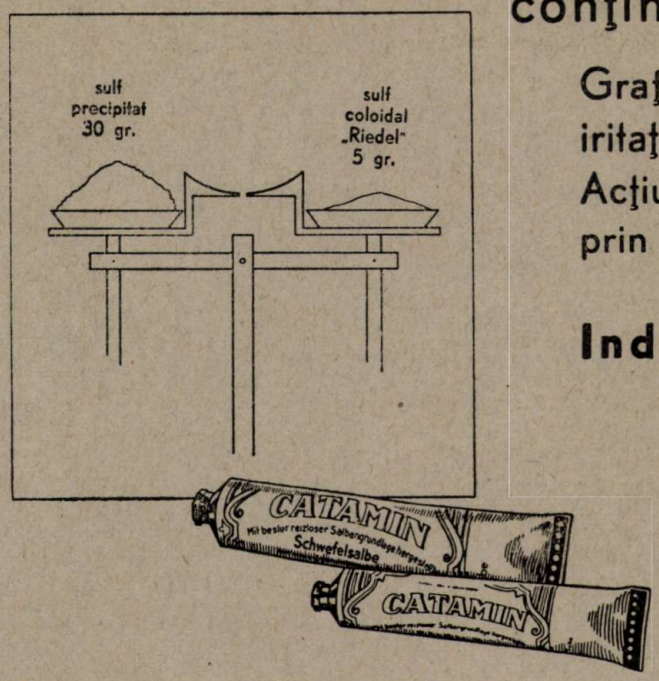
Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III,** Strada General Eremia Grigorescu, 6.

CATAMIN

conţine SULF COLOIDAL



Graţie concentraţiei mici se evită iritaţiunile.

Acţiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicaţiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee

Forme de prezentare: Tuburi de 30 şi 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK

Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Redacţionale

Toată corespondenţa referitoare la chestiuni de redacţie şi administraţie se va adresa: Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale şi articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăşi 6 pagini de revistă. Costul tiparului peste 8 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul şi un mic rezumat în româneşte, franţuzeşte şi nemţeşte.

Costul extraselor îl priveşte pe autor şi jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică şi polemică ce vizează persoane, ca şi articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din ţară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în româneşte, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina şi anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clişeelor priveşte pe autori şi vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 400. Pentru autorităţi 600 Lei. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poştale pe adresa: Administraţia Ardealul Medical, Clinica ginecologică şi obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Casierul Revistei este d-l Dr. O. Fodor.

Domnii abonaţi sunt rugaţi să anunţe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînţelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunţurile se angajează direct prin Administraţia revistei cu tariful următor:

1 pagină odată 3.000, 3 ori 8.000, 6 ori 15.000, 12 ori 25.000 Lei
1/2 „ „ 2.000, „ 5.000, „ 8.000, „ 15.000 „

Pentru encartage se plăteşte 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunţuri plasate pe pagina recto se socoteşte un plus de 30%.

Pentru anunţuri periodice (băi, staţ. balneare, staţ. climaterice etc.) se plăteşte un plus de 50%.

PARALIZIE GENERALA

ARSENOTERAPIE

Stovarsol sodique

4 oxi - 3 acetilaminofenil - 1 arsinat de sodiu

•

FIOLE DE 0,50 gr. SI 1 gr.

•

INJECTII de 1 gr.
SERII de 20 la 30 gr.

•

CALE SUB-CUTANATA
sau INTRAMUSCHIULARA

•

IN ASOCIATIE
CU
PIRETOTERAPIE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon · Paris

Anul I. Nr. 11. Noemvrie 1941.

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASIGURĂRI SIBIU

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultăţii de Medicină din Cluj-Sibiu, Societăţii Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu Inspectoratului General Sanitar Sibiu şi al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:
Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacţie:
Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACŢIE:
Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Haţieganu, Dr. L. Ionaşiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiţa, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof Dr. E. Ţeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj—Sibiu, str. Haller Nr. 1
Telefon 45

SUMARUL:

Articole ştiinţifice:

Dr. Emil Viciu: Studiu paralel al câtorva probe funcţionale ale aparatului cardio-vascular Pag. 383
Dr. I. Danicico, Dr. M. Copăceanu şi Dr. M. Teşoiu: Tratamentul prolapsului rectal prin procedeul Lokhart—Mummery . . . . . „ 390
Dr. Petre Ţârlea: Prevenirea şi tratamentul accidentelor salvarsanice . . . . . „ 394
Conf. Dr. I. Gavrilă: Consideraţiuni asupra complicaţiilor hepato biliare în febra tifoidă „ 399

Medicină de război:

Dr. Radian Niţescu şi Dr. Crişan Mircioiu: Câteva consideraţiuni asupra chirurgiei de război din campania actuală. . . . . „ 400

Medicină preventivă:

Dr. Paul Sârbu şi Dr. Mihăese Octavian: Tuberculoza în plasa Câmpeni . . . . „ 410

Probleme terapeutice:

Dr. N. Bumbăcescu: Preparatul „Camfotol" în tratamentul simptomatic al tuberculozei pulmonare . . . . . „ 414

Revista cărţilor . . . . . „ 416

Interpretarea aspectelor tomografice ale vârfului pulmonar în tuberculoza pulmonară de *Dr. W. Kremer* şi *Dr. L. Retzlaff.* — Chimie şi Microscopie Clinică de *Dr. Lothar Halmann.*

Revista revistelor . . . . . „ 417

Note şi informaţiuni . . . . . „ 421

Conferinţa dela Ministerul Sănătăţii cu Inspectorii Generali Sanitari. — Decrete şi deciziuni ministeriale. — Dela Colegiul Medicilor. — Posturi vacante. . . . . .

Bibliografie . . . . . „ 423

Necrolog: † Dr. Ion Corcan . . . . . „ 425

Înscrisă la Tribunalul Sibiu, Secţia II-a, sub Nr. Fl. 47/1941. — Tipografia „DACIA TRAIANĂ" S. A., Sibiu

DOLANTIN

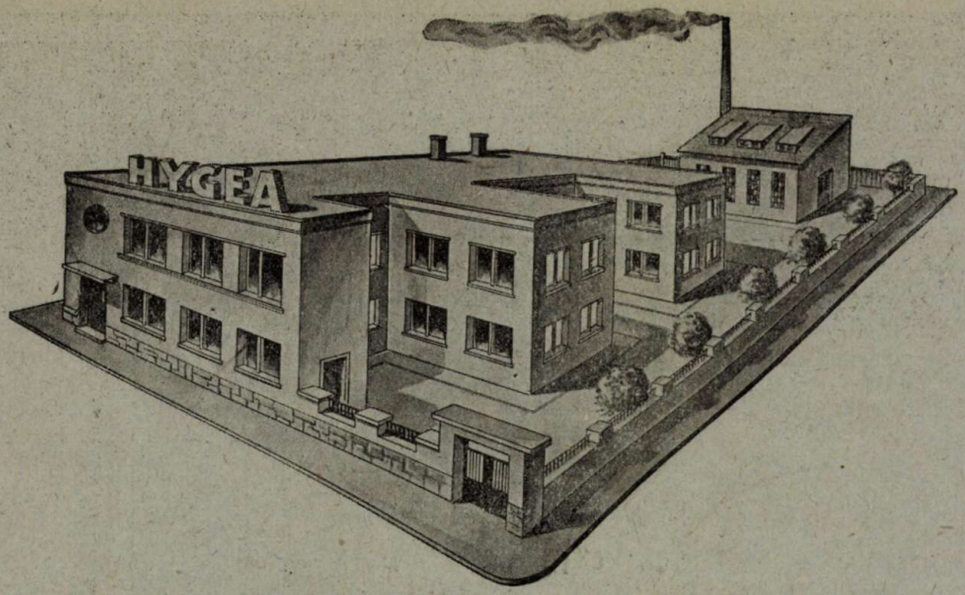
SPASMOLITIC ȘI ANALGEZIC

Dolantin întrunește proprietăți spasmolitice desăvârșite cu o puternică componentă analgetică cu acțiune similară morfinei. Toleranță perfectă. La spasmele musculaturei netede, în colici și în diverse stări algice, chiar forme grave.

FIOLE, TABLETE, SUPOZITOARE.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., Str. Brezoianu 53



CLUJ

MYKOCID

TINCTURĂ

Jodo-phenol-trichloroxy-aethanol-dioxybensol-formol-fuxin-borat

Combaterea micoselor parazitare

SENNA-CARBON

TABLETE

Folia sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sulfur depur.
Ol. menthae & phoeniculi

Gastrite, Intoxicaţiuni alimentare, Constipaţii acute şi cronice

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfamido-chrisoidină
0,10 p-Aminobenzen-sulfamidă

Septicemii

FABRICA HYGEA-CLUJ, S. A. R.

BUCUREŞTI,

PENTRU PRODUSE CHIMICE ŞI FARMACEUTICE

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCIILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CĂ

RUBIAZOL

COLORANT AZOIC

este
CEL MAI ACTIV și
COMPLECT ATOXIC

DOZA ZILNICĂ
6-12 comprimate
2-3 fiole

LABORATOIRES Dr ROUSSEL-PARIS

Eşantioane Medicale şi literatură la:

Reprezentanţa generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREŞTI, III

Telefon 221.38

Anul I. Noemvrie 1941 Nr. 11

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL
Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ
Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Articole ştiinţifice

Studiu paralel al câtorva probe funcţionale ale aparatului cardio-vascular

de

Dr. Emil Viciu,
Asistent

In clinică, dar mai ales în medicina sportivă se utilizează tot mai mult probele funcţionale.

După perioada morfologică a examinărilor clinice şi medico-sportive a urmat perioada probelor funcţionale. In prima perioadă se acorda mare interes — în examinările medico-sportive — fişelor morfologice: formei şi nu funcţiunii. De aceea noţiunea de „Sportherz" reprezenta mai întâi o anumită formă, o anumită siluetă radioscopică a inimii. Abea după ce s'au extins examinările funcţionale s'a văzut că imaginea de „Sportherz" nu corespunde unei singure expresii funcţionale: aparatul circulator al sportivilor satisface necesităţile de efort, se acomodează la efortul fizic nu numai într'un singur mod, ci sunt mai multe genuri de acomodare, în raport cu individualitatea fiziologică a fiecărei persoane, cu genul efortului fizic practicat şi cu natura şi locul zonelor mai deficitare, mai „debile" (inima, sistemul vascular, sistemul venos, sistemul capilar, circulaţia mică, etc.). S'a văzut că valoarea funcţională a aparatului circulator nu se verifică prin forma, ci mai ales prin comportarea lui la probele de efort fizic.

Dacă aparatul circulator patologic prezintă unele reacţii categorice, în schimb — în medicina sportivă — datele obţinute prin aceste probe sunt foarte greu de interpretat, deoarece nu avem de a face cu cazuri patologice. In medicina sportivă se urmăreşte în primul rând depistarea capacităţii funcţionale a aparatului circulator, starea lui de acomodare la efortul fizic, maniera „individuală" în care satisface necesităţile de efort.

S'au descris foarte multe probe funcţionale de acest fel. Cu prilejul unei călătorii de informaţii pe la diferite instituţii medicale din străinătate, am văzut că aproape fiecare din ele întrebuinţează alte probe funcţionale.

In cadrul *Clinicii medicale I din Cluj*, dar mai ales al *Ambulanţei de consultaţii medico-sportive* pe care o conduceam, am încercat o aplicare paralelă a mai multor probe funcţionale, pentru ca în acest fel să mă lămuresc mai bine asupra valorii fiecărela din ele. Prin acest studiu n'am urmărit să discut sau să verific temeinicia argumentelor ce stau la baza lor. Am acceptat — principial — temeiul ştiinţific al acestor probe ca perfect just. Insă comparaţia între datele furnizate de fiecare probă în parte mi-a dat cel mai bun mijloc pentru verificarea valorii lor.

Descrierea probelor

Din probele cunoscute azi le-am ales pe cele mai uzitate: *proba Lozenz; proba Herzum; proba Schellong; proba Pruche; proba Schneider; proba Bürger;* electrocardiografia de efort *metoda Schlonnika, examenul Kymografic* şi *examenul capilaroscopic.*

Am ales aceste probe în dorinţa de a explora cât mai bine fiecare zonă a aparatului circulator. S'a verificat de exemplu că proba Pruche descopere bine zona sistemului venos periferic, zona arterio-capilară rămânând însă neexplorată. De aceea am introdus şi examenul capilaroscopic. Deasemenea asupra circulaţiei mici, asupra influenţei de ordin respirator, asupra circulaţiei venoase intrapulmonare, proba Bürger a dovedit că dă cele mai bune date.

Cazurilor publicate mai jos nu le-am făcut nici examenul kymografic, nici proba Bürger, deoarece nu dispuneam de aparatura necesară, iar din cauza eva-

cuării clinicilor din Cluj n'am putut complecta încă toate cazurile cu toate examenele sus menţionate. De asemenea, în studiul de faţă nu introduc examenul electrocardiografic şi capilaroscopic, deoarece nu l-am făcut în toate cazurile.

Vremurile vitregi impuse clinicii din Cluj m'au împiedecat să fac analiza reacţiunilor cardiovasculare în lumina tuturor acestor investigaţii. Am crezut că până ce voi împlini întocmai planul iniţial, pot să public în rezumat materialul adunat, cu concluziile la cari am ajuns până acuma. Ar fi fost extrem de important să urmăresc aceşti sportivi, să le fac reexaminările la diferite intervale şi să stabilesc modificările produse în domeniul dinamicii circulatorii după perioadele de antrenament sportiv.

1. Proba Lorenz este cea mai întrebuinţată în Germania Se numără pulsaţiile în poziţie culcată, din 5 în 5 secunde, timp de 1 minut. După aceea se face un efort de 20 genuflexiuni, după care se notează la fel numărul pulsaţiilor, din 5 în 5 secunde, până revine la frecvenţa normală.

Această probă nu urmăreşte numai frecvenţa cardiacă pe minut, dar şi modalitatea cum creşte sau scade această frecvenţă

In general, la o inimă bine antrenată, în primele 5 secunde frecvenţa cardiacă nu depăşeşte cifra de repaos decât cu 3—4 pulsaţii De asemenea la un cord antrenat, după 15 secunde frecvenţa de 5 secunde revine aproape brusc la cea normală.

Dacă frecvenţa de efort este mai mare în primele 15", dacă ea se prelungeşte peste 15" sau se prezintă diferenţe mari între grupele de 5" învecinate, avem tot atâtea semne de comportare anormală.

2. Proba Herzum. Se notează frecvenţa cardiacă în repaos, timp de 1 minut. Se execută 10 genuflexiuni, după care se notează frecvenţa cardiacă pe minut, timp de 3 4 minute Se execută apoi o hiperventilaţie, care constă din 20 de inspiraţii şi expiraţii forţate, după care se notează frecvenţa cardiacă pe minut Apoi se execută 10 genuflexiuni, la sfârşitul cărora observăm iarăşi frecvenţa cardiacă pe minut, cât şi timpul de revenire.

Autorul susţine că prin alcalinizarea produsă prin hiperventilaţie se produce în sistemul vegetativ o înclinare spre vagotonie. Rezultatele le-a categorisit în trei grupe:

Grupa I-a: Când şi la efortul fizic şi la hiperventilaţie avem o frecvenţă aproape egală cu cea din repaos, înseamnă că sistemul vegetativ şi cel circulator sunt perfect echilibrate.

Grupa II-a: Dacă după hiperventilaţie frecvenţa scade şi mai mult decât aceea de efort, înseamnă că avem o hipervagotonie Dacă prin hiperventilaţie frecvenţa cardiacă creşte şi mai mult decât cea de efort, avem o simpaticotonie, aparatul circulator nu este acomodat la efortul fizic.

Grupa III-a: Cuprinde comportările paradoxe care trădează o labilitate vegetativă. Putem avea o rărire a frecvenţei faţă de aceea de efort, ori o creştere a frecvenţei faţă de cea de efort.

In mod normal, în curs de maximum 4 minute frecvenţa de hiperventilaţie trebue să revină la normal.

3. Proba Schellong este curent întrebuinţată la clinicile din Heidelberg şi Praga. Se numără frecvenţa cardiacă şi se ia tensiunea arterială de repaos.

Se înregistrează apoi frecvenţa cardiacă şi tensiunea arterială în poziţie ortostatică, până ce revine la normal.

După 20 de genuflexiuni se înregistrează din minut în minut pulsul şi tensiunea arterială, până revin la normal.

In tehnica originală recomandată de Schellong se înregistra după efort şi electrocardiograma, la o viteză de rulare a filmului mai mare decât cea normală, pentrucă în acest fel ies mai bine în evidenţă discretele lărgiri ale bazei complexului ventricular. Sportivii examinaţi de mine nu erau bolnavi de inimă; am renunţat deci la înregistrarea electrocardiografică.

Modificările din ortostatism reprezintă mai ales funcţiunea sistemului vascular periferic, iar modificările de după efort reprezintă mai ales comportarea inimii.

Schellong stabileşte două turburări în mecanismul regulator periferic:

turburarea hipotonă, când pereţii vaselor nu au tonicitatea necesară şi care se caracterizează printr'o scădere a T. Mx. în ortostatism cu aproximativ 20 mm. Hg. şi o urcare a T Mi., cu aproximativ 13 mm. Hg., iar pulsul se urcă cu aprox. 45 bătăi faţă de frecvenţa din clinostatism In aceste cazuri volumul sistolic scade mult, iar debitul scade mai puţin;

turburarea hipo-dinamică trădează o turburare în regularea nervoasă a periferiei şi se caracterizează printr'o scădere puternică a T. M. în ortostatism (cu aprox. 55 mm. Hg.), o scădere mai moderată a T. M. (cu aprox. 35 mm. Hg.), iar pulsul se urcă cu aprox. 15 pulsaţii faţă de frecvenţa din clinostatism. Şi în aceste cazuri volumul sistolic scade mai moderat decât în turburările hipotone; pe când debitul cardiac scade cam în aceeaşi proporţie ca în formele hipotonice.

In ce priveşte tensiunea arterială, o modificare limitată la tensiunea diastolică trădează o vasodilataţie periferică.

Cât timp T. S. se urcă puternic, iar T. D. rămâne nemodificată, ori se urcă sau scade foarte puţin, avem modificări puternice ale volumului sistolic: când T. S. creşte puternic, iar T. D. creşte puţin, avem o puternică creştere a volumului sistolic şi a debitului ventricular, iar dacă T. S. se urcă puţin şi T. D. scade aproape în aceeaşi proporţie, avem o slabă urcare a volumului sistolic şi a debitului.

Când şi T. S. şi T. D au un joc mai pronunţat, aceasta trădează o turburare periferică.

Dacă T. S. se urcă mult, iar T. D. se urcă deasemenea, — însă mai puţin decât cea sistolică — trădează o vasoconstricţie compensată. Dacă T. S. se urcă puţin, iar T. D. scade în aceeaşi proporţie, trădează o vasodilataţie periferică, o rezistenţă periferică scăzută. Dacă T. S. se urcă puternic, iar T. D. scade uşor, avem o „vasoconstricţie roşie", care se întâlneşte acolo unde avem şi o nevroză cardiacă: sunt „vaso-neuroticii".

Dacă frecvenţa pulsului se urcă puţin la efort şi scade repede imediat după efort — în răstimp de 1—2 minute —, aceasta trădează o stare de vagotonie.

Dacă frecvenţa cardiacă creşte puternic prin efort şi revine încet la normal — peste 2 minute —, aceasta trădează o simpaticotonie, ori o labilitate vegetativă.

Toate aceste modificări sunt numai o serie de *„comportări"* cardiovasculare, întâlnite la persoane sănătoase: pentru a conchide de ex. că o tachicardie puternică de efort nu trădează o stare vegetativă, ci o insuficienţă cardiacă, este nevoe de o observaţie mai amănunţită şi de o confruntare cu alte date clinice.

In stările patologice ale aparatului cardio-vascular, avem o serie de comportări anormele ale tensiunii arteriale şi ale pulsului. In general debitul cardiac la o inimă insuficientă sau la un sistem vascular insuficient nu revine la normal după un minut dela încetarea efortului.

4. Proba Pruche este puţin întrebuinţată în clinică, fiind de dată recentă. A fost utilizată în unele clinici din Franţa şi în serviciul marinei de război franceze pentru selecţionarea personalului. Cu ajutorul aparatului numit *„Cardiodinamometru"* se determină *retenţia venoasă periferică* de *repaos* şi *după efort, de-*

bitul ventricular drept şi *stâng (indicele ventricular brut)* şi *volumul sistolic (indicele ventricular net).*

In mod normal indicele ventricular este 1.

Autorul deosebeşte următoarele 4 grupe de comportare cardio-vasculară:

1. *Nevroză cardiacă vagotonă.*

I. v. stg. şi *dr. brut* şi *net* mărite. Frecvenţa pulsului rară Reflexul oculo-cardiac *(R. O. C.)* net pozitiv: răreşte şi mai mult frecvenţa cardiacă. Inima are un debit mare, deoarece volumul sistolic este mărit: *eretism drept şi stâng de „contracţie".*

2. *Nevroză cardiacă simpaticotonă.*

I. v. stg. şi *dr brut* mărit.

I. v. stg. şi *dr. net* puţin mărit, normal ori mai mic.

Frecvenţa pulsului mare. *R. O. C.* nul, ori are o tendinţă de inversiune.

Debitul cardiac este crescut numai datorită frecvenţei cardiace mari; volumul sistolic fiind mic. Avem un *„eretism de frecvenţă".*

3. *Nevroză cardiacă hiposimpaticotonă.*

Frecvenţa cardiacă lentă. *R. O. C.* uşor pozitiv, nul, ori uşor inversat. *I. v. stg.* şi *dr. net* este totuşi mai mare.

4. *Nevroză cardiacă amfotonă.*

Frecvenţa cardiacă rapidă. *R. O. C.* puternic pozitiv (se răreşte ritmul).

I. v. stg. şi *dr., brut* şi *net,* crescute. Domină creşterea i. v. brut.

Avem un *„eretism cardiac de contracţie şi de frecvenţă".*

Acestea sunt, schematic, modalităţile sub care se prezintă activitatea aparatului circulator. In cazuri patologice *tipurile „cardio-dinamometrice"* sunt mai variate.

5. **Proba Schneider** se întrebuinţează în America şi Anglia pentru categorisirea gradului de antrenament. După modul şi gradul de reacţiune a pulsului şi a tensiunii arteriale la efort, se citesc de pe o tabelă o serie de numere. Adunate, aceste numere dau o sumă care reprezintă gradul de antrenament. Cifra 12 este limita inferioară a antrenamentului; cine e sub ea, e neantrenat, cine e deasupra arată o stare de bun antrenament.

Metoda de lucru

Când m'am hotărât să fac acest studiu comparativ al probelor funcţionale cardio-vasculare, era necesar ca prima verificare a datelor furnizate s'o fac la persoane sănătoase şi abea pe urmă la bolnavii cardio-vasculari.

In studiul de faţă prezint rezultatele şi concluziunile la care am ajuns în urma aplicării acestor 5 probe funcţionale la sportivi.

Pentru ca rezultatele să fie cât mai reale, am aplicat toate probele la o singură examinare. Deoarece toate probele cer o examinare de repaos şi una de efort, datele obţinute erau valabile pentru toate probele.

Am combinat în aşa fel ordinea examinării, încât printr'un singur efort fizic să obţin şi pulsul (numerotat din 5 în 5 secunde) şi variaţiile tensiunii arteriale şi valorile cardio-dinamometrice. In acest scop era absolut necesar un ajutor.

Analiza şi interpretarea rezultatelor

Am executat aceste probe funcţionale cardio-vasculare în 18 cazuri de tineri sportivi. Am ales cazurile care reprezintă comportările mai comune, cât şi cele ce pot ilustra concluziile la care am ajuns. Aceste 18 cazuri sunt suficiente ca să documenteze o serie de constatări la care am ajuns, în baza a 46 de cazuri examinate.

Regret că din lipsă de spaţiu nu pot da tabelele cu rezultatul tuturor cazurilor examinate, ci sunt silit de a da numai un singur caz, constatările făcute bineînţeles că rezultă din toate cazurile.

Cazul Nr. 1

L. E. student în drept. Vârsta 20 ani. Face sport de 4 ani. Antrenament serios de un an — de 4 ori pe săptămână. Sportul principal: garduri.

La examenul medical: Pulmonara II accentuată. Ventriculul stâng reacţionat.

Proba Lorenz

Frecvenţa în repaos: 655/665/556/666 = 67.
Frecvenţa de efort: 10, 9, 8/10, 86/655/655 = 83.
După 1 minut: 554/544/554/555 = 56.

Interpretare: Bradicardie de repaos. După efort frecvenţa cardiacă creşte până la limita superioară, pe care nu o depăşeşte însă şi se menţine la această frecvenţă 20", deci ceva mai mult decât este timpul normal (15"). După acest interval frecvenţa scade progresiv, atingând o alură sub aceea din repaos.

Concluzie: Bradicardie de repaos şi de efort, ceea ce trădează o stare de bine antrenat Prezintă totuşi o uşoară stare de instabilitate vegetativă: Reacţia imediat după efort e mai puternică decât ar trebui să fie comparativ cu bradicardia de repaos şi cea de după 20" dela efort. Probabil e vorba de un început de surmenaj de supra-antrenament, deoarece în ultimele săptămâni a făcut antrenament şi de 5 ori pe săptămână, iar în restul timpului se pregătea intens pentru examene.

Proba Schellong

Repaos: T. S. = 15½; T. D. = 9; Puls = 67.
Ortostatism:

	Imediat	*1'*	*2'*	*3'*	*4'*	*5'*	*6'*
	—	—	—	—	—	—	—
T. S.	15	15½	14	15	14	14	14
T. D.	9½	10	9½	11	10	9½	9
Puls	82	80	76	77	75	79	69

Clinostatism după efort:

	Imediat	*1'*	*2'*	*3'*	*4'*	*5'*
	—	—	—	—	—	—
T. S.	19	17	15½	6½	17	16
T. D.	8	8½	8½	10	10½	10½
Puls	83	56	57	62	64	64

Interpretare: In ortostatismul simplu nici o modificare interpretabilă.

După efort tensiunea sistolică se urcă mult: „pisc sistolic" — paralel cu scăderea moderată a tensiunii diastolice şi rărirea progresivă a frecvenţei pulsului: deci după efort se măreşte amplitudinea sistolică.

Concluzie: Nu sunt semne de turburare vasculară periferică (în clinostatismul de repaos nu e nici o modificare deosebită). După efort, inima se acomodează foarte bine la regimul de efort — prin ameliorarea volumului sistolic.

Proba Herzum

Puls repaos: 67. *Puls efort:* Imediat: 83; după 1 minut: 56.

Puls după ventilație:	*Imediat*	*1'*	*2'*	*3'*	*4'*	*5'*
	85	74	74	72	72	73

La efortul fizic simplu, ca și după proba de ventilație pulmonară cu efort, frecvența pulsului crește cam cu aceeași cifră.

După ventilația pulmonară, revenirea pulsului la normal nu se face nici după 6 minute.

Concluzie: Reacționează cu o frecvență normală. Revenirea mai întârziată a frecvenței cardiace la normal pledează pentru o stare de antrenament insuficientă: domină reacțiunea simpaticotonă a aparatului cardiac.

Proba Pruche

I. V. D. brut = 2 (normal); I. V. D. net = 0,80 (normal). Timpul de revenire: 4 minute.

I. V. S. brut = 1 (normal); I. V. S. net = 1 (normal).

Frecvența de repaos: 67, scăzută; frecvența de efort: 83.

R. O. C. = 45 (vagoton).

Concluzie: Valurile cardio-dinamometrice sunt normale. Prezintă o ușoară reacțiune vagotonă.

Proba Schneider

13 puncte.

Concluzie: Stare de antrenament *medie*, cu tendință spre „bine antrenat".

Analiza comparativă

Probele *Lorencz* și *Herzum* arată „stare de antrenare", însă cu reacție încă puternică la efort; o stare de antrenare incomplectă, cu o ușoară tendință spre simpaticotonie.

Proba *Schellong* arată prezența unui aparat cardio-vascular.

La fel proba *Pruche* arată un aparat cardio-vascular cu capacitate circulatorie normală.

Proba *Schneider* descoperă o stare de *„bine antrenat"*.

Concluzie: Toate probele concordă, arătând un aparat cardio-vascular antrenat pentru efortul sportiv. Totuși proba *Lorencz* și *Herzum* arată că starea de antrenare nu e perfectă, prezentând o ușoară reacție disproporționată la efort. Proba *Pruche* nu confirmă existența acestei reacții; din contra, găsește o reacție vagotonă netă.

Pentru a nu complica problema și a nu mă extinde prea mult, n'am reprodus sfaturile medico-sportive pe care le-am dat persoanelor examinate și care decurg în mod logic din rezultatele acestor examinări.

In primul rând trebue să fim înțeleși că prin aplicarea probelor funcționale la sportivi nu urmărim numai depistarea insuficiențelor cardio-vasculare. Aceasta intră mai mult în cadrul examenului clinic. Prin aceste probe urmărim stabilirea modului particular de a face față efortului fizic. Căutăm deasemenea să stabilim care-i sunt zonele deficiente ce împiedecă aparatul circulator să satisfacă necesitățile de efort fizic fără a se surmena. Deci nu urmărim stabilirea unui diagnostic patologic, ci recunoașterea „personalității" aparatului cardio-vascular.

Dealtfel, la nici unul din sportivii examinați n'am găsit, cu nici una din probe, o reacție cardio-vasculară patologică. Am găsit numai particularități pronunțate, deficiențe în mecanismul de acomodare echilibrată a circulației la efortul fizic. Toate acestea n'au trecut însă în domeniul reacțiunilor patologice.

Lipsa altor termeni m'au silit să fac apel la termenii întrebuințați în clinică, deși sensul nostru diferă de acela dat în clinică. Termenii: „labilitate cardio-vasculară", „desechilibru vegetativ", „desechilibru vascular periferic", etc. nu trebue înțeleși în sensul clinic, deoarece noi nu voim să afirmăm aici existența unor astfel de comportări patologice; voim numai să afirmăm că aparatul cardio-vascular are particularitatea de a reacționa într'una sau alta din aceste modalități. Cu alte cuvinte, prin aceste numiri nu reprezentăm comportări patologice, ci „modalități fiziologice". Poate ar fi mai just ca în înțelesul dat aici acestor termeni să le spunem *„stări de prelabilitate"*, etc.

1. Proba Lorencz. In această probă se face o confuzie între turburările funcționale ale ritmului, nevrozele cardiace și capacitatea funcțională a inimii. Desigur din acest punct de vedere medico-sportiv o persoană cu o puternică tachicardie de efort nu este aptă să facă eforturi sportive mari. Această probă are neajunsul că-și bazează investigațiile numai pe comportarea frecvenței cardiace. Prin faptul că se urmărește comportarea frecvenței prin numărarea bătăilor cardiace nu într'un minut, ci din 5 în 5 secunde, se adâncește mai mult modul de comportare a frecvenței la efort. Această metodă ne furnizează date mai ample decât de pildă *proba Lian*, care numără frecvența cardiacă numai din minut în minut. Totuși, ea are un mare neajuns: frecvența cardiacă nu reprezintă capacitatea funcțională a miocardului. Frecvența ritmului cardiac este consecința activității sinusului Keith și Flack; ea reprezintă o stare de hiper- ori hipoexcitabilitate sinusală, dar nu ne poate preciza care este factorul „movens" al acestei modificări de frecvență: o cauză cardiacă ori o cauză extracardiacă, o cauză de ordin vegetativ ori de ordin reflex?

Autorul acestei probe, profesorul Lorencz dela Hamburg, crede că pe baza rezultatelor obținute poate trage concluzii și asupra capacității funcționale a inimii. Eu însă m'am mărginit să arăt dacă rezultatul acestei probe trădează un aparat circulator perfect echilibrat sau reacționează anormal la efortul fizic.

Metoda are avantajul că e foarte simplă, rapidă, iar ca instrumentație nu cere decât un cronometru. Incontestabil ea ne ajută a aprecia despre ce e vorba: de o reacțiune normală la efortul fizic, sau de o reacțiune disproporționată față de efortul fizic executat.

2. Proba Herzum este mai complicată, cere mult mai mult timp și nu pare a da rezultate mai precise decât proba Lorencz. Interpretarea rezultatelor este și ea mai dificilă, căci de cele mai multe ori la sportivii noștri am obținut reacții care nu se puteau încadra

precis în nici una din cele trei categorii pe care le-am descris. Ori, autorul a dat fiecărei categorii semnificaţii bine precizate, chiar diametral opuse între ele. Din această cauză rezultatele probei Herzum în ce priveşte determinarea tonusului vegetativ sunt uneori opuse rezultatelor celorlalte probe.

Probele Lorencz şi Herzum sesizează destul de bine reacţiunea, comportarea sistemului vegetativ la efortul fizic; cred însă exagerată concluzia că ar denunţa capacitatea funcţională a aparatului circulator. Ele nu reuşesc nici măcar să descopere repercusiunile acestor „modalităţi" vegetative asupra sistemului circulator, şi mai ales asupra sistemului vascular periferic, a cărui comportare are, după cum ştim, o importanţă colosală.

Aceste repercusiuni le descoperă însă probele Schellong şi Pruche. Deci marele neajuns al probelor Lorencz şi Herzum este că ele nu ne pot furniza date asupra valorii funcţionale a inimii şi nu ne pot da nici un detaliu asupra comportării sistemului vascular periferic.

Limitele de reacţiune ale acestor două probe — Lorencz şi Herzum — sunt foarte mici, modalităţile lor de reacţiune sunt limitate. De aceea, cu ajutorul lor nu putem face investigaţii profunde în diferitele „dereglaje" ale unui aparat circulator mai mult sau mai puţin insuficient.

Aceste limite reduse de reacţiune sunt atinse de comportările aparatelor circulatorii normale, însă mai mult sau mai puţin neacomodate la efortul fizic. Rezultatele probelor Lorencz şi Herzum coincid mai ales acolo unde arată comportări ale sistemelor cardio-vasculare cât mai sănătoase şi cât mai acomodate la efortul fizic. Ele ne lămuresc însă cu atât mai puţin, cu cât desechilibrul sau insuficienţa aparatului circulator sunt mai pronunţate. Ele sesizează existenţa unei stări de desechilibru, însă aceste desechilibre sunt mult prea variate, pentru ca diferitele lor modalităţi să se poată resfrânge în jocul simplist al frecvenţei pulsului.

In schimb, probele Schellong şi Pruche ne dau date cu atât mai pregnante, cu cât comportarea aparatului circulator se apropie mai mult de patologic. Din unele rezultate s'ar părea că proba Herzum mai are o particularitate: ea nu numai că descopere stările de desechilibru vegetativ, dar uneori le amplifică chiar.

In concluzie: probele Lorencz şi Herzum şi proba Schneider sunt probe de orientare: ele descopăr o stare de antrenare ori o reacţie disproporţionată a aparatului cardio-vascular faţă de efortul fizic, dar nu pot preciza care zonă anume este deficitară — periferia ori miocardul —, nici de ce natură sunt aceste turburări cardio-vasculare: retenţie periferică, paralizie venoasă, paralizia zonei arterio-capilare, spasme arteriale, etc.? Abea probele Schellong şi Pruche sunt capabile să indice originea şi natura deficienţelor aparatului circulator la efortul fizic.

3. **Proba Schellong**, luând în considerare şi comportarea tensiunii arteriale, pătrunde mult mai adânc în mecanismul regulator al sistemului cardio-vascular. Este o probă care caută să facă investigaţii atât în comportarea periferiei, cât şi în comportarea inimii.

Am văzut că ea complectează tocmai lacunele probelor Lorencz şi Herzum. Dintre toate celelalte probe aceea a lui Schellong ne dă cele mai amănunţite detalii asupra comportării periferiei.

Am văzut la descrierea acestei probe că după Schellong turburările circulatorii periferice se pot prezenta în două feluri: „hipodinamice" şi "hipotone".

N'am găsit în nici unul din cazurile noastre o comportare care să se poată încadra perfect într'una din aceste categorii. Pentru a realiza vreuna din aceste categorii de turburare periferică, trebue să avem un desechilibru periferic foarte pronunţat, pe care nu-l găsim decât în cazurile patologice.

4. **Proba Pruche** are neajunsul că ne răpeşte un timp mai îndelungat, iar valorile se stabilesc printr'o serie de calcule mai complicate, dând astfel impresia unor rezultate cam artificiale.

Totuşi, în practică această probă ne-a dat rezultate surprinzător de verosimile. In orice caz, datele furnizate de această probă nu se opuneau în general datelor — de regulă mai incomplecte — stabilite prin celelalte probe.

In timp ce probele Lorencz şi Herzum descopăr — după frecvenţa pulsului — starea vegetativă, probele Schellong şi Pruche determină pe cale directă unele valori cardio-vasculare. Pentru proba Schellong — dar mai ales pentru proba Pruche — comportarea sistemului vegetativ (frecvenţa cardiacă, reflexul oculo-cardiac) constitue numai un element adjuvant al probelor, nu singurul criteriu, ca în probele Lorencz şi Herzum.

Numai starea tonusului vegetativ, respectiv frecvenţa cardiacă nu sunt criterii suficiente pentru evaluarea capacităţii funcţionale a aparatului circulator; această capacitate trebue interpretată în asociere cu celelalte elemente ale dinamicii cardio-vasculare, fapt care duce uneori la concluzii diferite.

Cu ajutorul probei Pruche se pot face investigaţii mai aprofundate în dinamica aparatului circulator: se descopăr mai bine zonele deficitare.

In unele cazuri proba Pruche poate lămuri mai bine chiar unele desechilibre periferice discrete. Totuşi ea rămâne mai mult o probă clinică şi mai puţin una medico-sportivă, căci asupra gradului de antrenament ne poate da prea puţine date.

In general proba Pruche concordă cu datele celorlalte probe — mai ales cu ale probei Schellong — şi

pe cari le complectează. Totuşi intensitatea turburărilor cardio-vasculare nu este pusă în evidenţă în grad egal de probele Pruche şi Schellong.

Superioritatea probei Pruche faţă de proba Schellong decurge din capacitatea ei de a determina valoarea funcţională periferică, în raport cu diverse comportări dinamice locale (dilatabilitatea, elasticitatea venelor, tensiunea intra-venoasă), pe când proba Schellong stabileşte valoarea funcţională a periferiei şi cu ajutorul unor elemente de ordin central — frecvenţa cardiacă. Chiar în modificările tensiunii arteriale intervin, ca elemente principale, nu numai starea vaselor periferice, dar şi volumul sistolic al ventriculilor.

Se pare că staza periferică puternică, stabilită prin proba Pruche, coincide nu cu puternica frecvenţă de hiperpnee din proba Herzum, ci mai ales cu tachicardia de hiperpnee prelungită. Această comportare nu se confirmă totdeauna.

Sunt rare cazurile în care proba Pruche să arăte o stare vegetativă contrarie celorlalte probe. Se pare însă că şi în aceste cazuri indicaţiile probei Pruche sunt cele verosimile.

In ce priveşte capacitatea funcţională a aparatului cardio-vascular, aceste probe n'au dat niciodată rezultate categoric contradictorii.

5. **Proba Schneider** ne dă cele mai puţine date medico-sportive. Ea cere un timp de examinare destul de lung: urmăreşte reacţiunea pulsului şi a tensiunii arteriale, modul lor de revenire, cât şi raportul de comportare dintre ele: în repos, în ortostatism, după efort, — pentru ca la sfârşit să nu ne poată da nici o relaţie mai amănunţită asupra personalităţii aparatului circulator, ci doar o cifră reprezentând gradul antrenamentului.

Proba Schneider are pretenţia să arate numai gradul de antrenament la un moment dat; cu ajutorul ei nu putem însă urmări ori dirija antrenamentul, căci ea nu descopere la cei neantrenaţi zona deficitară şi caracterul deficienţei circulatorii. Astfel ea rămâne cel mult o probă capabilă să determine în mod sumar dacă echilibrul stării de bun antrenament se menţine sau nu. Dacă acest echilibru este deranjat, substratul deranjamentului nu se poate descoperi decât cu ajutorul celorlalte probe.

* * *

Studiul comparativ al probelor funcţionale cardio-vasculare pune în evidenţă un fapt deosebit de important: se pare că sistemul vascular periferic ar fi zona aparatului circulator mai încet acomodabilă la regimul de efort fizic; echilibrul circulator periferic se instaurează cel mai greu.

Cred că organul central — inima — a fost pe nedrept incriminat: în realitate zona vasculară este aceea care se acomodează mai încet.

De foarte multe ori reacţiunile anormale ale inimii descoperite prin una din aceste probe funcţionale (Lorenz ori Herzum) nu aparţin în realitate inimii, ci periferiei. Inima posedă însă limbajul cel mai facil pentru explicarea unei stări anormale: modificările de frecvenţă.

Drept consecinţă practică a acestei împrejurări, în educaţia sportivă grija cea mai mare trebue concentrată asupra „capacităţii funcţionale a periferiei", stabilindu-se modul de a reacţiona, deci comportarea periferiei la efortul fizic, dat fiind că periferia nu trebue să surmeneze inima, ba chiar e chemată să-i complecteze activitatea, să-i uşureze — prin comportări compensatorii — reacţiile deficitare.

Când capacitatea funcţională a inimii este intactă, va fi în stare să compenseze ea însăşi insuficienţa periferică.

In adevăr, din rezultatul celor 18 persoane examinate, suntem siliţi să conchidem că în genere inima este vasala periferiei. Ne dăm seama însă că o asemenea concluzie nu poate corespunde realităţii, ori cât s'ar supra-estima rolul sistemului periferic. Cred că acest rezultat fals trebue atribuit efortului „standard" (10—20 genuflexiuni ori urcarea unei scări), care se întrebuinţează azi şi care e cu totul insuficient: nu reuşeşte decât să modifice echilibrul sistemului vegetativ, fără a angaja în adâncime întreaga dinamică circulatorie. Turburările produse de aceste eforturi standard nu fac decât să mobilizeze mai ales hemodinamica sistemului vascular periferic; de aceea în mai toate probele funcţionale înregistrăm variaţii pronunţate ale pulsului ori ale tensiunii arteriale, iar valoarea funcţională a inimii apare mai totdeauna integră, sau nu o putem nici măcar evalua din lipsa elementelor de reacţiune centrală-cardiacă.

Aceste eforturi standard nu sunt destul de intense pentru a permite o privire mai adâncă în hemodinamică şi cu atât mai puţin în capacitatea funcţională a inimii. Ne trebue probe de efort capabile să descopere mai adânc capacitatea funcţională a inimii. Se impune deci pe de o parte o examinare funcţională după antrenamente serioase şi imediat după eforturile sportive de concurs, iar pe de altă parte o examinare care să observe mai ales comportarea inimii: examenul kymografic şi electrocardiografic.

In fine, o foarte preţioasă contribuţie a acestei lucrări este constatarea că tonusul vegetativ nu oglindeşte fidel starea de antrenare a aparatului circulator la necesităţile din cursul efortului sportiv. Incepând cu lucrările lui Herxheimer, toţi autorii se mărginesc la aceeaşi afirmaţie: starea de vagotonie reprezintă o stare de bine antrenat, iar starea de simpaticotonie trădează lipsa antrenamentului. Datele acestei lucrări mi-au permis să constat că în cadrul fiecărei stări vegetative sunt posibile adaptări ale aparatului circulator la nece-

sităţile efortului fizic, fără ca să provoace un surmenaj al hemodinamicei. În fiecare stare vegetativă aparatul circulator poate realiza o acomodare la efortul fizic de aşa natură ca să lucreze cu un regim de cruţare, de economie a energiei. O bună educaţie a aparatului circulator la efortul fizic se poate face şi în simpaticotonii, nu numai în vagotonii.

Pe lângă „individualitatea" hemodinamică a fiecărui individ, un mare rol îl are aici şi genul efortului sportiv, — după cum este vorba de eforturi de lungă durată (Maraton, alergări de 1500 m, sky, etc.) ori de eforturi de scurtă durată (salturi, aruncări, etc.). Eforturile sportive de lungă durată pretind o reacţie cardiovasculară în cadrul vagotoniei, pe când în eforturile fizice de scurtă durată putem avea o bună acomodare a aparatului circulator şi în cadrul stărilor de simpaticotonie, cu condiţia ca aceste stări vegetative să nu fie prea pronunţate, patologice.

(CLINICA MEDICALĂ I CLUJ-SIBIU
Director: Profesor Dr. Iuliu Haţieganu.)

RESUMÉ

L'étude des différentes épreuves fonctionnelles cardio-vasculaires

Pour vérifier la valeur des différentes épreuves fonctionnelles cardio-vasculaires, nous avons appliqué — aux mêmes personnes — les épreuves les plus fréquemment utilisées en cliniques et dans les consultations médico-sportives, à savoir les épreuves: *Lorencz, Herzum, Schellong, Pruche* et *Schneider.*

Les *épreuves Lorencz* et *Herzum* ne peuvent pas déterminer à elles seule ni la capacité fonctionnelle du coeur, ni le comportement du système vasculaire périphérique. Ces deux épreuves décèlent la réaction — normale ou anormale — de la fréquence cardiaque; on peut donc en déduire la présence — ou le défaut — de l'état d'entrainement.

L'épreuve de Schellong est particulièrement sensible à l'égard du comportement du système vasculaire périphérique. Elle fait la discrimination entre la réaction anormale périphérique (tout en indiquant la nature de cette dernière) et la réaction anormale centrale.

L'épreuve de Pruche complète les données obtenues par l'épreuve de Schellong sur le systéme vasculaire périphérique, car elle a la faculté de sonder surtout le système veineux périphérique (ce que l'épreuve de Schellong n'est pas capable de faire). De plus, l'épreuve de Pruche reflète la maniére dont le coeur satisfait aux besoins hémo-dynamique. Elle a toutefois le défaut d'une application trop méticuleuse: les données exactes impliquent toute une série de calculs qui prêtent à cette épreuve un caractére plutôt artificiel.

L'épreuve de Schneider ne précise que le degré d'entrainement, sans indiquer de maniére exacte ni les zones cardio-vasculaires insuffisantes, ni la nature de ces insuffisances.

ZUSAMMENFASSUNG

Überprüfung der verschiedenen Kreislauffunktionsproben

Zur Überprüfung der verschiedenen Kreislauffunktionsproben auf ihren genauen Wert hin, wurden die von *Lorencz*, bzw. *Herzum, Schellong, Pruche* und *Schneider* empfohlenen Methoden — als die in der Klinik und den sportärztlichen Ambulatorien am meisten benützten — jeweils bei derselben Person angewendet. Dazu war die Hilfe von einem oder zwei Assistenten unerlässlich.

Mit Hilfe der *Lorencz'schen* und *Herzum'schen Probe* können weder die funktionelle Leistungsfähigkeit des Herzens, noch das Verhalten des peripherischen Gefässsystems beurteilt werden. Diese Proben können nur die normale — oder abnormale — Herzfrequenz aufdecken, folglich auf das Vorhandensein — oder das Fehlen — des Trainings hinweisen.

Die *Schellong'sche Probe* ist für das Verhalten des peripherischen Gefässsystems besonders empfindlich. Sie zeigt uns, ob die abnorme Reaktion der Peripherie zuzuschreiben ist — so wie auch die Art einer solchen Reaktion —, oder aber ob es sich dabei um eine zentrale Reaktion handelt.

Die *Pruche'sche Probe* vervollständigt die mittels der Schellong-Methode über das peripherische Gefässsystem erhaltenen Daten, da sie — entgegen dieser letzteren — das periperische venöse System zu prüfen vermag. Ausserdem ist aus derselben zu ersehen, wie das Herz die hämodynamischen Aufgaben zu erfüllen imstande ist. Sie hat jedoch auch einen Nachteil: sie setzt eine äusserst aufmerksame Anwendung voraus und erfordert eine Reihe von Berechnungen, die ihr einen etwas erkünstelten Charakter verleihen.

Die *Schneider'sche Probe* weist nur den Grad des Trainings auf, ohne die ausfälligen kardio-vaskulären Zonen, oder die Art des Ausfalles aufzudecken.

Tratamentul prolapsului rectal prin procedeul Lockhart–Mummery

de

Dr. I. Danicico,
medic primar

Dr. M. Copăceanu,
med. secundar

și

Dr M. Teșoiu,
med. secundar

In materie de prolaps rectal, în practica de fiecare zi, la copii întâlnim de obicei prolapsul parțial, forma de prolaps rectal în care numai mucoasa prolabează prin anus. La adulți, în schimb, e mai frecvent prolapsul complet, în care toți pereții rectali se invaginează prin anus, iar din cele trei varietăți de prolaps rectal complect — prolapsus ani et recti, prolapsus recti și prolapsus coli invaginați, deosebite de Cruveilhier—Ludloff — în practică se întâlnește cu deosebire prima varietate, adică prolapsus ani et recti, în care dintr'un motiv oarecare, partea cea mai inferioară a rectului se află invaginată prin anus.

Tratamentul prolapsului total, varietatea ani et recti, de care ne vom ocupa noi aici, a provocat multe discuții. Nenumărate procedee au fost preconizate ca să combată această afecțiune, iar varietatea lor a făcut pe Cruveilhier, ca încă în anul 1849 să scrie: „Eu cred că ar fi dificil să imaginăm o metodă, un procedeu care să nu fi fost încercat", și cu toate acestea și în zilele noastre se mai inventează procedee noi. Motivul e că nici o metodă, nici un procedeu nu sunt infatilibile sau, mai bine zis, nici un procedeu chirurgical nu poate să înlăture toți factorii cari au contribuit la crearea maladiei numită prolaps rectal. Astfel procedeele cari au scopul să reconstitue planșeul pelvian (strâmtoarea inelului sfincterian după procedeul Cunéo și Seneque; suplinirea sfincterului prin metoda Tiersch; întărirea sfincterului prin lambouri musculare, după Schoemaker; miorafia ridicatorilor anali anteriori, după Lenormant, sau posteriori, după Hoffmann; întărirea planșeului pelvian prin lambouri musculare, după Finsterer) supraevaluând rolul slăbirii planșeului pelvian, neglijează importanța slăbirii elementelor de suspensiune ale rectului în provocarea prolapsului rectal și cu deosebire, după Moscowitz și după Howet, rolul profunziunii exagerate a Douglasului. La rândul lor, procedeele cari au de scop să suplinească elementele de suspensiune (rectopexia posterioară, procedeul Verneuil și Gerard—Marchant sau procedeul Lockhart—Mummery; rectopexia laterală, fie prin crearea de legături noi [Ghédini], fie prin scurtarea elementelor normale de fixație laterală [Lynch]; colopexia, prin care colonul pelvian se fixează fie la peretele abdominal anterior, după Verneuil—Jeannel etc., fie la bazin, după tehnica Quénu și Duval; colopexia, prin suprimarea cavității Douglas, după concepția lui Moschowitz), subevaluând rolul slăbirii elementelor planșeului pelvian și cu deosebire rolul sfincterului în provocarea prolapsului și mai ales persistența lui, nu duc la rezultatul scontat. Și se mai uită apoi că avem a face cu o regiune esențialmente septică, factor care, după părerea noastră, este hotărâtor în alegerea metodei, în special în cazurile inveterate, așa cum am întâlnit noi, în terapeutica prolapsului rectal total. Și deasemenea se uită și rolul mucoasei anale, care ea însăși poate fi, printr'o hipertrofie inflamatorie, generatoare de prolaps rectal total, sau intervenind, în mod secundar, într'un prolaps rectal declanșat fie prin insuficiența elementelor de susținere, fie acelor de suspensie, crează acel cerc vicios, care după operație duce la recidivă.

De aceea noi, când am fost puși în fața primelor noastre cazuri de prolaps rectal total, cumpănind toate elementele cari pot avea rol în provocarea și apoi susținerea stării de prolaps rectal și cu deosebire rolul laxității excesive mezorectului, rolul slăbirii planșeului pelvian și mai ales cea a sfincterului, rolul hipertrofiei inflamatorii sau hemorodiale a mucoasei anale și importanța mediului septic din această regiune, ne-am oprit la procedeul rectopexiei posterioare după Lockhart—Mummery, combinată cu miorafia sfincterului (mai bine zis plicaturarea lui) și în anumite cazuri și decolarea mucoasei rectale, coborârea ei și apoi rezecția ei secundară. Expunem întâi tehnica rectopaxiei sacrate a lui Lockhart—Mummery, după Pauchet, ca și tehnica urmată de noi și apoi expunem și avantagiile lor.

* * *

Operația lui Lockhart—Mummery este un procedeu de rectopexie sacrat. Scopul urmărit prin această operație, ca toate retopexiile dealtfel, este reducerea intestinului la starea sa primitivă, fixarea lui și restaurarea anusului în așa fel, ca sfincterul să închidă orificiul. In această metodă operatorie rectul va fi fixat prin aderențele provocate la concavitatea sacrului și la fascia pelviană. Este un procedeu inofensiv și convine tuturor cazurilor de prolaps rectal total.

Bolnavul va fi bine pregătit, lucru foarte important, printr'o igienă alimentară severă și prin pansamente

Somniferul
cu efect sigur

chiar şi în doze mici
(1/2 tabletă), somn reconfortant şi o deşteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.
Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, Bucureşti

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

Bucureşti V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

— **TELEFON 56903** —

Preparate noui

Profecundin

(Vitamina E.) vitamina reproducţiei

Tablete şi soluţie

1 tabletă sau 1 cc. sol. = 0,01 gr. vitamina E.

Sinthoestrin

Fiole şi tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil-oxi-alfa beta-dietilstilben

acţiune identică cu a hormonului folicular

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 U. I. hormon folicular cristalizat.

aseptice, astfel ca să înlăturăm la maxim posibil infecția existentă. Pentru a ne da seama de gradul prolapsului și de lungimea sa, trebue să-l controlăm în momentul când el iese complect din anus. Inainte de operație purgăm bolnavii. In momentul operației, dacă prolapsul a ieșit, îl vom reduce după manoperile cunoscute: Plasăm bolnavul în poziția dorso-sacrată, cu un sac de nisip sub bazin; rectul este spălat cu eter și apoi uscat cu tampoane de vată; badinjonăm regiunea perianală cu tinctură de iod, care înainte de operație va fi îndepărtată prin spălare de alcool. Operația cuprinde următorii timpi:

1. Incizia pielei. Se secționează pielea transversal, pe o lungime de 5 cm. la distanță egală între vârful coccigelui și anus.

2. Descoperirea spațiului retro-rectal. Secționăm țesuturile profunde cu bisturiul îndreptat înapoi către coccige, unde vom secționa tractul ano-coccigian. Coborâm buza inferioară a secțiunei, apoi cu vârful foarfecelor închise, deschidem spațiul retro-rectal.

3. Decolarea peri-rectală. Aici avem mare grije să nu deschidem rectul, făcând această incizie. Un deget înmănușat este introdus în spațiul retro-rectal, pentru a-l decola larg, de fiecare parte a rectului, apoi în sus și în lungul concavității sacrate. Se decolează cât mai sus posibil pereții rectali în înălțime și în lărgime; în general această decolare se face ușor, căci țesutul celular este lax, mai ales în cazurile de prolaps de dimensiuni mari. Practic vorbind, închiderea decolării în sus va fi egală cu lungimea prolapsului ieșit prin orificiul anal. Separația va fi făcută în întregime cu foarfecele curbe închise și cu degetul. Trebue în adevăr să evităm producerea hemoragiei, pentru că altfel operatorul ar risca să provoace un hematom, care apoi s'ar infecta. Trebue de asemenea ca în tot timpul operației degetul să evite atingerea anusului, pentru a nu se infecta. Există cazuri, unde chirurgul trebue să introducă indexul mânei stângi în rect, pentru a supraveghea decolarea practicată de indexul mânei drepte sau de foarfeci. Operatorul va avea grijă să decoleze tot așa de bine pereții laterali ca și cel posterior, pe o înălțime tot așa de mare, pentru ca aderențele care se vor forma, să cuprindă cele trei sferturi ale tubului rectal.

4. Tamponarea retro-rectală. O meșe lungă de tifon vaselinat va fi introdusă înapoia rectului; rolul acestui tifon este de a împiedeca reunirea imediată între peretele rectal și sacru. Va trebui să introducem o mare cantitate de tifon, fără ca totuși să exercităm o compresiune prea puternică pe rect. Când prolapsul este voluminos și vechiu, separația va fi continuată în spațiul care se întinde deasupra ridicătorului anal, între acest mușchiu și peretele rectal de fiecare parte; pentru tamponament vor fi necesare atunci două sau trei meșe.

5. Plicatura mucoasei rectale anterioare. Un detaliu tehnic util este de recomandat: Operatorul apucă cu o pensă o porțiune a mucoasei, care corespunde peretului anterior al rectului; el prinde acest perete prin interiorul anusului și pe această porțiune de mucoasă aplică o ligatură circulară, pentru a o suprima, a o reduce și a împiedeca tendința la prolaps a acestei porțiuni limitate a mucoasei; fără această manoperă, mucoasa ar fi capabilă să iasă încă prin anusul aton.

6. Anorafia. Rectopexia este astfel realizată; atunci, două cazuri pot să se prezinte: sau anusul prezintă un tonus suficient sau el este deschis. In primul caz, operațiunea poate să se rezume la tamponarea sacrată, pe care am descris-o; în al doilea caz, va trebui să strâmtăm anusul printr'un procedeu de plastie. Aceasta va putea fi executat imediat sau la câteva săptămâni, după ce meșa va fi fost ridicată. Această anoplastie este indispensabilă, dacă orificiul este deschis și sfincterul aton. Operatul nu va avea dreptul să se scoale și nici să circule, înainte ce anusul să fi fost strâmtat.

7. Grijii postoperatorii. Un tub de cauciuc scurt este plasat în rect, pentru a devia materiile fecale. Plaga va fi pansată de două ori pe zi. Tamponamentul va rămâne pe loc 8 zile. Meșa va fi ridicată sub anestezie și înlocuită printr'un nou tamponament, care va rămâne pe loc încă 8 zile. După 15 zile orice tamponament va fi suprimat și înlocuit printr'un simplu dren. Nu trebue ca plaga perineală să se închidă mai repede de 3 săptămâni; cu cât mai încet se va închide ea, cu atât mai bun va fi rezultatul. Constipația va fi menținută până în a șaptea zi după operație. Inainte de a scoate pansamentul, va trebui ca bolnavul să fi avut scaun cu o clismă, după care chirurgul va înlocui pansamentul. Când tamponamentul va fi fost complect îndepărtat, bolnavul va primi timp de câteva zile câte o clismă și va merge la scaun pe un lighean și nu pe un vas de noapte. Este interzis de a se scula timp de 4 săptămâni. Este interzis de asemenea de a merge la scaun în poziție așezată timp de două luni. Când plaga este cicatrizată, dacă se face tușeul rectal, se simte că peretele posterior este aderent solid de concavitatea sacrului. Practic este imposibil ca pereții posteriori și laterali să coboare din nou. Mai mult, secțiunea tractului care unește sfincterul extern de vârful coccigelui, permite anusului o mișcare anterioară și cum nu există nici un mijloc care să se opună acțiunei acestui mușchiu, mișcarea aceasta imprimă extremității rectului o ușoară flexiune înainte, care se opune însăși în oarecare măsură, revenirei prolapsului.

Lockhart—Mummery a practicat această operație în 1908 și a totalizat 40 cazuri cu rezultate bune. Pauchet, care de asemenea a practicat-o în mai multe cazuri, afirmă că nu a obținut decât succese.

Păstrând principiul general al operaţiei lui Lockhardt—Mummery, noi i-am adus câteva modificări, în ceea ce priveşte detaliile de tehnică, menite să o facă mai puţin traumatizantă, mai uşor de practicat şi cari scurtează sensibil timpul de vindecare.

Timpul I şi II sunt identici ca la operaţia tip a lui Lockhart—Mummery. Timpul III, decolarea perirectală, se deosebeşte: Noi decolăm atât peretele posterior cât şi pereţii laterali, numai cu degetul sau cu o pensă Pean, provăzută cu un mic tampon de tifon; în felul acesta este evitat, mai sigur decât în procedeul tip, pericolul lezării vreunui vas. In extensiunea ce trebue să o dăm decolării pereţilor rectali, folosim ca reper unghiul sacro-vertebral, la care nu ajungem totdeauna.

Timpul IV al operaţiei, tamponarea retro-rectală, se deosebeşte de asemenea: noi introducem în toate cazurile minimum trei meşe, uneori chiar patru, fără ca prin aceasta să exercităm o compresiune prea puternică asupra rectului; meşele le umectăm cu o abundentă cantitate de alifie Löhr (Ol. Jecoris vaselină albă a. a.), care se pare că accelerează formarea aderenţelor şi prin umectarea permanentă ce o întreţine local, face ca tamponamentul să fie mai puţin jenant pentru bolnav.

Timpul V, referitor la plicatura mucoasei rectale anterioare, noi nu-l folosim niciodată, deoarece nu l-am găsit neceser.

Timpul VI, care priveşte anorfia, noi îl rezolvăm printr'o miorafie posterioară a sfincterului extern, pe care îl descoperim şi o facem cu un singur fir trecut prin ambii pereţi ai sfincterului anal, strâmtând astfel cu un sfert sau cu o treime anusul, după necesitate. Este o metodă simplă, sigură şi incomparabil mai uşor de executat decât orice procedeu de anoplastie.

In cazurile unde, pe lângă prolapsul rectal total, mai avem de a face şi cu hemoroizi procidenţi sau numai simpli hemoroizi interni sau externi, noi, după Delorme—Juvara, în vederea resecţiei de mucoasă, facem decolarea mucoasei anorectale ca în procedeul lui Witehead, dar nu o resecăm imediat ca în acest procedeu, ci pentru a evita pericolul retracţiunei cicatriciale sau stenozei, noi tragem mucoasa decolată cât mai jos posibil şi apoi printr'o incizie antero-posterioară, o divizăm în două lambouri laterale, pe care le resfrângem pe tegumentele perianale şi fixăm astfel mucoasa la distanţă pe piele, aceasta în analogie cu procedeul lui Dumitriu—Grigorescu, folosit în resecţia endoanală a rectului, pentru tratamentul maladiei lui Nicolas—Favre rectale. Acelaş procedeu îl folosim în cazul când mucoasa prolapsului este infectată şi ulcerată, cât şi în prolapsul ireductibil, fie din cauza sfacelurilor care contraindică această reducţiune. In aceste cazuri având în faţa noastră sfincterul cu foarte multă uşurinţă îl putem plicatura.

In fine, grijile post operatorii, în procedeul adoptat de noi, sunt reduse la minimum: In primele şapte zile nu facem nici un pansament şi menţinem bolnavul constipat, cu picături de opium. In ziua a şaptea purgăm bolnavul cu o clismă şi schimbăm tamponamentul introducând meşe cu alifia Löhr ca şi în momentul operaţiei; acesta al doilea pansament îl ţinem 4—5 zile şi extrem de rar e nevoe şi de un al treilea tamponament. După primul pansament, deci 7 zile dela operaţie, pacienţii noştri umblă şi au scaun spontan. După suprimarea celui de al doilea tamponament, continuăm pansamentele superficial şi bolnavii noştri s'au vindecat complect într'un interval de 17—28 zile.

* * *

Cari sunt, după părerea noastră, avantagiile operaţiei Lockhart—Mummery? Pentru a le evidenţia vom examina modificările pe cari această operaţie le aduce în elementele determinante ale prolapsului.

1. Suspensiunea, în efectele acestei operaţii, e asigurată prin aderenţele cari se crează între rect şi sacru, singurele naturale, fiindcă sigura prin natura ei trebue să fie mobilă. In cazurile în cari rezecăm şi mucoasa după tehnica descrisă de noi, prin scurtarea ei şi prin crearea de aderenţe între mucoasa decolată şi manşonul muscular-sfincterian se realizează într'o oarecare măsură operaţia Delorme—Juvara, fără riscurile acesteea.

2. Susţinerea, în funcţie mai mult de sfincter decât de ridicători, în procedeul Lockhart—Mummery, încă e asigurată: incizia transversală lungă de 5 cm. la o egală di tanţă de ansu şi coccis, permite canalului anal să se deplaseze înainte şi prin aceasta să restabilească o situaţie normală favorabilă reluării funcţionării sfincterului.

3. Al treilea element, cel al profunzimii cavităţii Douglas odată rectul fixat, şi tomsul sfincterului restabilit, se pare că-şi pierde din importanţa pe care i-a atribuit-o Moskowitz.

4. Posibilitatea infecţiei prin procedeul Lockhardt—Mummery este mai uşor de evitat: întâi însuşi drenajul spaţiului rectosacrat format prin decolare, drenajul cu meşe vaselinate, previne această posibilitate; în al doilea rând, făcând decolarea mucoasei, acolo unde este indicată, şi fixarea ei la distanţă de tegumente cu fira în „U" şi apoi resecţia ei secundară, face ca să obţinem un drenaj natural al suprafeţei decolate din canalul anal. Şi, în plus, operaţia nu comportă aproape nici o legătură sau sutura care ar putea fi punctul de plecare al unei supuraţii interminabile.

5. Prin fixarea la distanţă a mucoasei decolate nu suntem expuşi la retracţiunea timpurie a mucoasei şi determinarea stenozei.

6. Şi, în fine, operaţia pentru chirurg e surprinzător de uşoară, iar pentru bolnav poate cea mai puţin şocantă dintre toate operaţiile combinate.

In rezumat, rectopexia Lockhart—Mummery, aşa cum am practicat-o noi, combină în mod practic rectopexia posterioară (Verueuil, Gerard—Marchant), rectopexia laterală, cu scurtarea inelului sfincterian (Cuneo—Seneque) şi în unele cazuri cu rezacţia mucoasei (Delorme—Juvara), fără să mai fie nevoie de miorafia ridicătorilor, de colopexie sau de suprimarea cavităţii Douglas.

* * *

Observaţia Nr. 1. — B. I., de 14 ani, arierat. Vine în spitalul nostru cu un prolaps rectal total, datând de 2 ani. La început prolapsul apărea la 7—10 zile, în timpul eforturilor mari de defecaţie; de 6 luni prolapsul apare la fiecare scaun, iar la 2 luni sfincterul a devenit incontinent. Se pansează aseptic timp de 3 zile înainte de operaţie.

Operaţia Nr. 240 din 5 Oct. 1938, Dr. Danicico şi Dr. Copăceanu. — Sub anestezie rachidiană, se practică rectopexia sacrată şi miorafia posterioară a sfincterului extern, după tehnica descrisă mai sus. După 7 zile se schimbă tamponamentul (s'au folosit numai 2 meşe cu alifia Löhr), după alte 7 zile se suprimă tamponamentul şi în continuare se pansează superficial. După 21 zile părăseşte spitalul complect vindecat. Controlat după 2 ani şi 10 luni, pacientul se află în perfectă stare de sănătate.

Observaţia Nr. 2. — C. E., de 46 ani. Vine la spitalul nostru cu un prolaps rectal total, datând de 5 ani. De 6 luni, prolapsul ei revine la fiecare scaun, iar de 21 zile sfincterul a devenit incontinent. La examenul obiectiv se constată un prolaps rectal total, ulcerat şi infectat în jumătatea inferioară.

Operaţia Nr. 118 din 21 Martie 1940, Dr. Danicico şi Dr. Copăceanu. — Sub anestezie rachidiană, practică rectopexia sacrată şi miorafia sfincterului ca mai sus. Primul tamponament se schimbă după 8 zile, al doilea după 13 zile şi al treilea după 16 zile, iar în continuare pacientul se pansează superficial. După 25 zile părăseşte spitalul complect vindecat. Controlat după un an şi trei luni, pacientul se prezintă în stare perfectă de sănătate.

Observaţia Nr. 3. — G. N., de 65 ani. Vine la spital cu un prolaps rectal total, datând de 10 ani şi cu incontinenţa sfincterului, datând de 1 an. Pacientul avea obiceiul ca după fiecare scaun să facă o baie de şezut cu soluţie de hipermanganat de potasiu, aşa că prolapsul lui, deşi vechiu, nu este infectat. Se menţine în observaţie timp de 2 zile, după care se practică operaţia.

Operaţia Nr. 117 din 21 Martie 1940, Dr. Danicico, Dr. Copăceanu. — Rectopexia posterioară însoţită de miorafia posterioară a sfincterului după Lockhart—Mummery. După 7 zile se schimbă primul tamponament, după 11 zile se schimbă al doilea tamponament, iar după 17 zile pacientul părăseşte spitalul complect vindecat. Controlat după 1 an şi 2 luni, pacientul defechează normal şi nu acuză nici un fel de inconvenient după operaţia de mai sus.

Observaţia Nr. 4. — B. H., de 34 ani. Bolnav de 18 ani, cu prolaps rectal total. A fost operat de 3 ori consecutiv: în 1924 i s'a făcut cerclajul anusului, în 1927 miorafia ridicătorilor anali, iar în 1930 i s'a făcut din nou miorafia ridicătorilor, complectată prin anoplastie. Recidivele au fost: la 7 luni după prima operaţie, la 4 luni după a doua şi la 6 luni după a treia operaţie. Pacientul căzuse într'o stare de melancolie, era deprimat şi îşi pierduse orice încredere în medici. Aparţinătorii erau îngrijoraţi de starea lui de slăbiciune şi îl credeau bolnav de vre-o afecţiune mentală, deoarece îşi dorea încontinuu moartea. Prolapsul care apărea regulat în momentul defecaţiei, şi-l reducea singur. Cu două luni înainte de a se prezenta la spitalul nostru, prolapsul revenea şi în stare de debut, iar sfincterul devenise incontinent. În ultimul timp bolnavul era morfinoman şi afirma că a mai încercat această ultimă dată operaţia şi dacă nu va reuşi era hotărât să-şi pună capăt zilelor. La examenul obiectiv al acestui bolnav, constatăm un prolaps rectal total de mărimea unui pumn de adult, iar sfincterul este incontinent. Prolapsul este infectat în porţiunea inferioară, ulcerat şi pe alocuri cu false membrane. Se pansează aseptic timp de 4 zile, înainte de operaţie.

Operaţia Nr. 355 din 17 Iulie 1940, Dr. Danicico şi Dr. Copăceanu. — Sub anestezie rachidiană se practică rectopexia Lockhart—Mummery şi miorafia posterioară a sfincterului. Pacientul se constipă cu opium timp de 6 zile; în ziua a şaptea se face o clismă şi după evacuare se schimbă pansamentul. Se introduc din nou trei meşe cu alifia Löhr, care se suprimă după 5 zile. În continuare, pacientul se pansează superficial, iar după 22 zile dela operaţie părăseşte spitalul complect vindecat. Controlat după un an, pacientul se află în perfectă stare de sănătate şi ne declară că se simte renăscut şi că parcă a început o nouă vieaţă dela ultima operaţie. De semnalat este şi faptul că pacientul s'a lăsat de morfină.

Observaţia Nr. 5. — B. I., de 40 ani. Vine la spital cu un prolaps rectal total datând de 1 an şi 6 luni. În antecedente bolnavul afirmă că suferea de constipaţie, dureri la defecare şi prolaps spontan, uşor reductibil. De 2 săptămâni prolapsul lui a devenit ireductibil. La examenul obiectiv se constată un prolaps rectal total de mărimea unui pumn de adult, prolapsul este inflamat şi ulcerat în porţiunea inferioară. Pacientul prezintă în plus hemoroizi, atât interni cât şi externi, de mărimea unor nuci.

Operaţia Nr. 135 din 19 Aprilie, Dr. Danicico şi Dr. Teşoiu. — Sub anestezie rachidiană se practică rectopexia ca mai sus (fără miorafia sfincterului), se procedează apoi la decolarea mucoasei rectale, după procedeul Witehead. Printr'o incizie antero-posterioară se împarte mucoasa decolată în două lambouri laterale, care se trag în jos la maxim posibil, se resfrâng peste tegumentele peri-anale şi se fixează pe piele la distanţă, după procedeul Dumitriu—Grigorescu. După 12 zile cade sfacelul mucoasei fixate la piele. Tamponamentul retro-rectal a fost suprimat la 15 zile după operaţie, iar la 25 zile dela data operaţiei pacientul părăseşte spitalul complect vindecat. Controlat după 4 luni, se află în stare excelentă.

Observaţia Nr. 6 — B. I., de ani 51. Vine la spital cu un prolaps rectal total, datând de 30 zile. În antecedente bolnavul suferă de hemoroizi interni şi externi foarte voluminoşi, de cca 5 ani. De 3 zile sfincterul este incontinent.

Operaţia Nr. 180 la 12 Mai 1941, Dr. Danicico şi Dr. Teşoiu. — Sub rachi-anestezie, se practică rectopexia sacrată, decolarea mucoasei anorectale, anoplastie cu un singur fir şi fixarea mucoasei resfrântă la distanţă pe piele, ca la observaţia Nr. 5. După 17 zile se suprimă tratamentul, după 22 zile cade sfacelul mucoasei, iar după 26 zile dela data operaţiei, părăseşte spitalul complect vindecat. Controlat după 3 luni, se prezintă în stare de sănătate perfectă.

Observaţia Nr. 7. — C. I., de ani 42. Vine la spital cu prolaps rectal total şi hemoroizi procidenţi. De 4 ani suferă de hemoroizi; de 1 lună prezintă prolaps rectal total, iar de 7 zile prolapsul lui a devenit ireductibil.

Operaţia Nr. 236 din 7 Iunie 1941, Dr. Danicico şi Dr. Copăceanu — Sub anestezie rachidiană, se ligaturează mai întâi nodulii hemoroizilor la bază şi se ard cu câteva puncte de electrocauter, după procedeul Juvara. Se practică apoi rectopexia ca mai sus. Se suprimă tamponamentul retro-rectal după 10 zile, iar după 18 zile pacientul părăseşte spitalul complect vindecat. Controlat după 1 lună, se află în stare excelentă.

* * *

Din expunerea rezumativă a cazurilor noastre reies următoarele :

Am executat operaţia Lockhart—Mummery în 7 cazuri de prolaps total, varietatea ani et recti. Dintre acestea în 4 cazuri (obs. 1—4) *am asociat la rectopexia posterioară şi anoplastia ; într'un caz* (obs. Nr. 5) *rectopexia a fost urmată de decolarea mucoasei anorectale în vederea rezecţiei ei secundare şi fixarea ei la distanţă, după Dumitriu—Grigorescu ; într'un alt caz* (obs. Nr. 6) *am asociat rectopexiei decolarea mucoasei şi anoplastia ; şi în stârşit în ultimul caz* (obs. Nr. 7) *rectopexia a fost precedată de cura radicală a nodulilor hemoroidali după procedeul Juvara.*

Timpul trecut dela operaţie e prea scurt (2 ani şi 10 luni maximum, 2 luni minimum) pentru ca observaţiile noastre să aibă valoarea unui argument pentru eficacitatea şi în timp a operaţiei executată de noi.

Totuşi benignitatea operaţiei Lockhart—Mummery, simplă sau asociată cu anoplastie sau chiar cu decolare de mucoasă, ca şi efectul ei imediat, foarte bun, ne fac ca să ne declarăm foarte mulţumiţi de această operaţie şi să o recomandăm ca pe una care poate este cea mai logică.

Ne propunem să mai revenim după un interval mai îndelungat şi după ce vom avea mai multe cazuri.

Bibliografie

Victor Pauchet : La Pratique Chirurgicale Illustrée, fasc. VIII, Paris 1927.

F. Howet : Pathogenie et traitément chirurgical du prolapsus du rectum : Journal de chirurgie 1935, pag 877—879, (vastă bibliografie).

C. Lenormand : Diagnostic Chirurgical, tom. 3, pag. 916, Paris 1937.

P. Duval et *J. Catellier :* Prolapsus du rectum : Pathologie Chirurhucale, tom. 4, pag 928—942, Paris 1938.

E. Forgue : Prolapsus du rectum ; Précis de Pathologie externe, tom. 2, pag. 786—791, Paris 1939.

Victor Dimitriu et *Ion Grigorescu :* Technique de la résection abdomino-endo-anale du rectum dans les rectites sténosantes et hyperplasiques. Journ. de Chir., T. XLII., No. 3 Septembrie 1933.

Broglio : Zentralblatt f. Chirurgie, 1938.

Saratoff : Arch. f klin. Chir., 1937, S. 219—232.

SPITALUL DE STAT Dr. I. COSTINESCU DIN ORAVIŢA
Medic primar director Dr. I. Danicico

RESUMÉ

Le traitement du prolaps rectal par le procédé Lockhard—Mummery

Les auteurs communiquent 7 cas de prolapsus rectal total, la variété ani et recti, opérés par la réctopexie sacrée, le procédé Lockhart—Mummery. Dans 4 cas ils ont appliqué le procédé original, dans 1 cas ils ont combiné le procédé original avec l'anoplastie du sphincter, dans un autre cas ils l'ont combiné avec le decollement de la mouqueuse ano-rectale et son fixation à distance ; dans 1 cas l'opération précédente a été complétée par l'extirpation des nodules hemorroïdals. Les auteurs trouvent dans cette opération, simple ou combinée, les avantages suivants : Elle assure la suspension par la création des adhérences entre le rectum et le sacrum. La possibilité d'infection est exclue justement par le drainage. L'opération en s'executan seulement dans le périnée est très peu choquant.

ZUSAMMENFASSUNG

Rectal-Prolaps

Die Derfasser beschreiben 7 Fälle von totalem Rectal-Prolaps, Varietät ani et recti, operiert durch Rectopexie nach dem Lockhart—Mummery-Derfahren. In 4 Fällen wurde das Original-Derfahren angewandt, in einem Fal wurde es mit Sphincterplastik kombiniert und in einem anderen Falle wurde obiges Derfahren mit Freilegung der anorektalen Schleimhaut, die sodann etwas entfernter fixiert wurde, verbunden. In einem Fall wurde diese Operation mit Anoplastik vervollständigt und in einem Falle wurden vor der Rectopexie de Hämorroidal-Knoten entfernt. Sie finden in dieser einfachen oder kombinierten Operation folgende Vorteile : Sie sichert die „Suspension" durch Verwachsungen zwischen Rectum und Sacrum. Die Möglichkeit einer Infektion ist eben durch Drenage ausgeschlossen. Die Operation, nur im Perineum durchgeführt, ist nicht sehr schmerzhaft.

Prevenirea şi tratamentul accidentelor salvarsanice

de

Dr. Petre Târlea
şef de lucrări

II.

După trecerea în revistă a accidentelor salvarsanice, să vedem acum, care sunt modalităţile de prevenirea lor şi mijloacele, prin care le putem combate.

Accidentele *locale* le putem preveni printr'o tehnică riguroasă, convingându-ne despre faptul, că acul se găseşte într'adevăr în vână şi întrerupând injecţia la cel mai mic semn de durere, pe care-l semnalează bolnavul. Injecţia o administrăm încet, pentru a evita durerile venoase. Dacă s'a produs infiltratul paravenos, se aspiră cu acelaş ac şi siringă salvarsanul extravazat şi se injectează 2—3 cmc ser fiziologic steril, ori thio-

sulfat de sodiu 10%, apoi local se aplică comprese (pansamente umede) cu Burow-alcool, ori Ichtiol-apă în părți egale. După trecerea fenomenelor inflamatorii acute, pentru accelerarea rezorbției infiltratului, se aplică cataplasme calde, ședințe de diatermie, sau raze ultrascurte. In caz de necroză sfaceloasă, sau colicvare, intervenția chirurgicală se impune.

Accidentele *generale precoce*, ca *febra primei injecții și reacțiile spirilare Herxheimer* se pot evita, dacă la începutul tratamentului se injectează unul din preparatele antisifilitice mai puțin active, de preferință cianură de Mercur, zilnic câte 0,01 (o fiolă de 1 cmc. sol. 1%) intravenos timp de trei zile, ori două injecții de Bismut liposolubil și numai după ce am preparat astfel terenul, vom începe tratamentul salvarsanic cu doze mici, tatonante de 0,01—0,015 ctgr. pe kilocorp.

Erupțiunile cutanate *biotropice* nu le putem preveni, iar dacă s'au produs, ele nu contraindică continuarea tratamentului salvarsanic, dispărând fără vreun tratament special.

Accidentele generale *tardive*, reprezentate prin *neurorecidive* pot fi prevenite printr'un tratament salvarsanic energic, cu doze corespunzătoare greutății corporale, administrate la intervale potrivite (socotind o zi de doză). In privința aceasta, Școala Dermato-sifiligrafică Clujană a adoptat sistemul curelor maximale, de atac, pe care le administrează chiar și după dispariția manifestațiunilor clinice și serologice. Astfel realizând sterilizarea organismului, îl pune pe bolnav la adăpost față de aceste accidente impresionante. Dacă printr'un tratament șovăielnic totuși apar neurorecidivele, conduita terapeutică logică este reluarea tratamentului specific energic, după principiile moderne, schițate mai sus.

Accidentele de *intoleranță* din categoria celor *ușoare* și *imediate*, ca: senzațiile olfactive și olfactogustative aliacee, se pot preveni prin presiunea exercitată de bolnav cu degetul mare și arătător pe partea cartilaginoasă a nasului, atâta timp, cât durează injecția salvarsanică și 1—2 minute după ea, ori recomandând bolnavului ca în timpul injecției să mestece în gură o bomboană mentolată, sau să fumeze o țigaretă. Aceste fenomene vor fi fără însemnătate și de intensitate redusă, dacă injecțiile se fac foarte încet, aspirând la fiecare centimetrucub sânge, până se umple siringa și apoi reinjectându-l. Durata unei injecții, în general, trebue să fie de cel puțin 3 minute. Acest principiu general va fi de mare folos în prevenirea multor accidente, după cum vom vedea mai jos. In general, mirosul pronunțat de usturoi sau eter, pe care-l simțim la deschiderea fiolei de Neosalvarsan, trădează o toxicitate mai mare a seriei respective, de aceea se cere o prudență și mai mare în administrarea acestor preparate.

Accidentele *grave* de intoleranță, traduse prin *criza nitritoidă*, nu se pot prevedea, dar odată apărute, reclamă măsuri profilactice variate, prin care se poate preveni, la unii bolnavi cu siguranță, la alții într'o măsură oarecare, ivirea acestui accident serios. Metodele profilactice pe care le recomandă diferiți autori se bazează pe considerațiunile etio-patogenice pe care le-am expus mai sus. Având în vedere, că aparația crizei nitritoide chiar la prima injecție, nu se poate prevedea, vom lua toate precauțiunile la începerea oricărei cure salvarsanice, chiar dacă bolnavul este perfect sănătos. Inainte de toate, trebue să examinăm foarte minuțios orice bolnav înainte de începerea curei salvarsanice, pentru a descoperi stările patologice, care contraindică acest tratament, ori care predispun la criză nitritoidă, prin turburările funcționale ale sistemului nervos vegetativ. Astfel, vom da o deosebită atenție insuficiențelor organice, în primul rând din partea ficatului, rinichiului, glandelor cu secrețiune internă: suprarenala, tiroida (Addison, hipotensiune, Basedow), stării timico-limfatice, apoi turburărilor de nutriție (obezitate, cașexie), și ale sistemului circulator (arterioscleroză, hipertensiune, tromflebită), etc. Aceste stări morbide se pot depista printr'un interogator atent (anamneză) și prin examinarea clinică minuțioasă a bolnavilor, chiar și fără probele clinice și farmacologice funcționale ale sistemului nervos organo-vegetativ, acestea nefiind la îndemâna oricărui medic. In caz de alcoolism și graviditate, stări care predispun la criză nitritoidă, vom proceda cu o prudență deosebită. In scopul de a elimina posibilitatea unei toxicități prin alterația Neosalvarsanului, vom examina cu atenție toate fiolele de Neosalvarsan înainte de a le deschide, precum și soluția preparată de noi, sesizându-ne la cea mai mică bănuială în ceea ce privește coloarea, transparența, fluorescența, etc. Calitatea apei în care dizolvăm Neosalvarsanul, nu pare a juca rolul important atribuit odinioară, când se pretindea o anumită alcalinitate, bidestilare și alte condițiuni riguroase (Wasserfehler-ul Școalei Germane), deoarece unii autori întrebuințând apă simplă fiartă, n'au înregistrat nici un accident salvarsanic. Mai amintesc faptul important sub raportul toxicității preparatului, ca soluția să fie imediat injectată, în cel mult 10 minute dela prepararea ei. Se recomandă deci, mai cu seamă la tratamentele colective, în massă, cum e cazul la ambulatorii, să nu se dizolve deodată cantități mari de Neosalvarsan, ci numai cantitatea ce se poate administra în 10 minute. Bazați pe observațiile numeroase, că intensitatea crizei nitritoide este în funcție și de doza injectată, tot în scop profilactic, este prudent, ca în toate cazurile, indiferent de sistemul de tratament antisifilitic (preventiv, abortiv, curativ), să începem tratamentul cu doze mici, tatonante (0,10—0,15 ctgr.) și a urca încet, până la doza maximă. Și aici repet regula generală valabilă pentru injecțiile intravenoase și în special pentru cele de Neosalvarsan, de a injecta încet,

aspirând sânge mereu şi intercalând mici pauze după fiecare centimetrucub. Apoi nu vom pierde din vedere diluţia optimă a Neosalvarsanului, care este de 1—2 cmc. de doză. In această ordine de idei şi ca o mică digresiune, amintesc părerea unui distins coleg, care la o adunare generală a Colegiului Medicilor din judeţul Cluj, unde, pe lângă altele, se discuta şi tariful medical minimal, a propus ca să se urce în mod simţitor tariful injecţiilor intravenoase, pe motivul, că acestea ar avea importanţa unei intervenţii chirurgicale. Totodată colegul a protestat împotriva sistemului condamnabil, ca persoane fără pregătire şi experienţă (medicinişti, agenţi sanitari) să administreze astfel de injecţii atât de importante şi pline de riscuri şi răspundere. Şi într'adevăr, meditând asupra acestei teze şi având în vedere posibilitatea ivirii unor accidente grave, chiar mortale de tipul crizei nitritoide, părerea colegului azi nu mi se pare atât de subiectivă şi exagerată. Cunoscând mai departe rolul important pe care-l pot avea în declanşarea fenomenelor de criză nitritoidă secundară surmenajul fizic şi alimentaţia, bolnavii vor evita eforturile fizice şi alimentaţia copioasă, cărnoasă, precum şi consumarea substanţelor acide şi alcoolice în ziua injecţiei, respectând totodată regula generală, ca ei să nu mănânce [4—5 ore înainte şi o oră după injecţie. Unii autori recomandă administrarea preparatelor salvarsanice pe cale intramusculară, cu scopul de a evita criza nitritoidă, lucru inexact, deoarece la bolnavii predispuşi, în provocarea crizei nitritoide nu joacă nici un rol calea de admnistrare, încât injectând intramuscular un produs salvarsanic oarecare (Solusalvarsan, Myosalvarsan, Sulfarsenol, etc.), prin aceasta vom întârzia, dar nu vom împiedeca apariţia acestei crize, ceea ce face un serviciu rău atât bolnavului, cât şi medicului, criza declanşându-se pe stradă, sau la domiciliul bolnavului, în orice caz fără supraveghere medicală.

Dacă cu toate măsurile de precauţiune înşirate, nu s'a putut evita apariţia crizei nitritoide, vom încerca să împiedecăm ivirea ei la celelalte injecţii salvarsanice, prin următoarele mijloace: Administrăm bolnavilor cu 15 minute înaintea injecţiei de Neosalvarsan $^1/_2$ cmc. sol. adrenalină $1^0/_{00}$ subcutan (adrenalina per os, după părerea noastră nu are nici o valoare). La vagotonici medicamentul antagonist, belladonna (Bellafolin, Bellafit o tabletă, sau 15 picături), luată după aceleaşi norme, va face acelaşi serviciu. Ingerarea cu $^1/_2$ oră înaintea injecţiei, a unui vârf de cuţit de bicarbonat de Sodiu, combate în mod eficace hipoalcalinitatea sângelui, ori carbonatul de Sodiu în proporţie de 1:4 cmc. ser fiziologic intravenos, injectat foarte lent, administrând apoi cu acelaşi ac doza de Neosalvarsan. Alţii recomandă diluţii mai mari de carbonat de Sodiu, 0,75—1 gr. disolvat în 30 cmc. ser fiziologic, pentru a evita sclerozarea venelor. Se recomandă de unii autori desenzibilizarea bolnavilor cu doze mici, vaccinante de Neosalvarsan (0,1 cmc.), cu $^1/_2$ oră înaintea dozei terapeutice, după metoda lui *Besredka*. Cu acelaşi scop se mai recomandă metoda de „topofilaxie", prin legarea membrului respectiv la rădăcină şi deslegarea lui abia după 5 minute dela terminarea injecţiei, sau „exohemofilaxia", prin amestecarea Neosalvarsanului într'o seringă de 10 cmc. cu sângele bolnavului şi reinjectarea lui după 10 minute. Toate acestea însă nu constituesc mijloace sigure pentru prevenirea crizei. Injectarea lentă, cu pauze după fiecare centimetrucub a soluţiei salvarsanice şi aspirarea continuă de sânge, după părerea noastră este cu mult mai eficace şi mai uşor de executat. Un mijloc foarte bun, pe care-l recomandăm insistent, este metoda de a disolva Neosalvarsanul în loc de apă destilată, în una din soluţiunile următoare: thiosulfat de Sodiu $10^0/_0$, glucoză 25—$40^0/_0$ (după reacţiunea pereţilor venoşi), Calciu clorat sau gluconat $10^0/_0$, urotropină $10^0/_0$, bromură de Sodiu $10^0/_0$, Strontiuran-Bromstrontiuran $10^0/_0$ şi mai nou Decholin sau Bilicholin (dehidrocholat de Sodiu $20^0/_0$). Recomandăm în toate cazurile acestea şi administrarea în ziua injecţiei salvarsanice, a unui preparat de ficat şi de vitamina C, a căror acţiune antitoxică este prea bine cunoscută. Vom reveni mai jos la această problemă.

In primăvara anului 1940 s'au publicat rezultatele frapante, realizate în mai toate domeniile medicinei, cu preparatul D-lui Prof. Iuliu Moldovan, numit „Reticulina M", în stările morbide, în producerea cărora joacă rol determinant turburările neuro-vegetative şi stările alergice. Acest preparat constitue şi un mijloc de desenzibilizare foarte eficace în toate stările de intoleranţă salvarsanică. Administrând o fiolă de Reticulină (2 cmc.) intramuscular cu $^1/_2$ oră înaintea injecţiei salvarsanice, sau sub formă de cure de desenzibilizare constătătoare din 10 injecţii tot a doua zi, în zeci de cazuri am putut realiza desenzibilizarea bolnavilor şi am putut preveni apariţia crizei nitritoide.

Tratamentul crizei nitritoide constă din administrarea imediată a unei doze de $^1/_2$ mlgr. adrenalină intramuscular, urmată de a doua după 10 minute, cu aceeaşi doză. Această metodă preconizată de *Milian* încă în 1913, este suverană şi aproape în toate cazurile suficientă, de a combate criza nitritoidă. Foarte rar este nevoie de repetarea dozelor amintite, din două în două ore, până la restabilirea completă a bolnavului. Ca măsuri generale, vom libera corpul bolnavului de sub presiunea hainelor (gât, torace, abdomen), îi vom spăla faţa cu apă rece, vom aplica comprese reci, sau flagelaţii în regiunea precardiacă, iar în caz de sincopă prelungită, vom recurge la cardiotonice.

Prin metodele schiţate vom reuşi în toate cazurile să combatem criza nitritoidă şi în foarte multe cazuri vom putea preveni apariţia ei şi a asigura astfel bunul

mers al tratamentului salvarsanic, cu toate avantajele lui. Criza nitritoidă nu constitue deci o contraindicaţie absolută pentru continuarea tratamentului cu preparate salvarsanice, decât în cazurile, unde prin metodele noastre profilactice n'am putut împiedeca repetarea ei, ceea ce în practică se întâmplă relativ rar.

Sindromul de ziua a 9-a, cu toate manifestaţiunile lui variate, dar fără gravitate, nu reclamă instituirea unor măsuri speciale de precauţiune sau de terapeutică, afară de respectarea regulelor generale expuse mai sus, pe care le urmăm cu stricteţă în tot cursul tratamentului salvarsanic.

Exantemul salvarsanic fix fiind un semn relevator de intoleranţă salvarsanică uşoară, uneori însă prevestitor de accidente serioase, ca măsură de profilaxie se recomandă administrarea în ziua injecţiei de Neosalvarsan, a unui preparat de ficat şi de vitamina C, stabilit fiind, că în timpul tratamentului salvarsanic cantitatea de acid ascorbic din organism scade la jumătate. Astfel, recent, într'un caz de sifilis secundar internat la secţia venerică a Spitalului Z. I. 480, prezentând trei placarde întinse de exantem salvarsanic fix, apărute după prima şi reapărute după următoarele două injecţii de Neosalvarsan, am realizat dispariţia definitivă a exantemului, prin administrare de vitamină C şi de extract hepatic în ziua injecţiei.

Encefalita hemoragică fiind un accident extrem de grav, de cele mai multe ori mortal şi cunoscând din datele statistice frecvenţa ei la începutul tratamentului antisifilitic, la bolnavii din perioada secundară şi la cei cu leziuni nervoase specifice, măsura profilactică cea mai eficace va fi administrarea la începutul tratamentului, a unui preparat antisifilitic mai puţin activ. Noi administrăm trei zile consecutiv câte 0,01 cianură de Mercur (1 cmc. din sol. 1%), ori două injecţii de un preparat bismutic liposolubil şi numai după ce am preparat astfel terenul şi am eliminat posibilitatea reacţiunilor congestive Herxheimer prin distrugerea lentă şi treptată a treponemilor, vom introduce preparatele salvarsanice în tratamentul combinat. Bazaţi pe aceleaşi rezultate statistice, în toate cazurile din perioada septicemică a sifilisului, vom începe tratamentul cu doze foarte mici de Neosalvarsan, chiar sub doza I (0,10), urcând apoi la două zile la 0,15—0,20 şi numai după trecerea primelor zece zile, considerate ca fază periculoasă, vom intensifica tratamentul arsenical.

Accidentul odată declarat, vom institui un tratament simptomatic, prin pungă de ghiaţă pe cap, adrenalină 1/2—1 mlgr. intramuscular la intervale de două ore, până la doza totală de 6 - 8 miligrame în 24 ore. Venesecţiile abundente de 4—500 cmc. urmate de infuziuni de ser fiziologic, puncţii lombare repetate, cu evacuare de câte 40—50 cmc. lichid, pot da rezultate satisfăcătoare. Prognosticul însă este cât se poate de rezervat, mortalitatea fiind foarte urcată.

Eritrodermia salvarsanică se poate preveni prin supravegherea strictă a bolnavilor în cursul tratamentului arsenical, sesizându-ne la cel mai mic semn de intoleranţă, care se manifestă sub formă de erupţiuni cutanate ce nu se încadrează în categoria eritemelor de a 9-a zi. Astfel, erupţiunile eritematoase şi urticariene, sau chiar un prurit ce apare în cursul tratamentului salvarsanic, reclamă instituirea măsurilor de desensibilizare prin metodele descrise la profilaxia crizei nitritoide, reducând temporar doza terapeutică a preparatului salvarsanic. Injecţiile de extract hepatic, de vitamina C şi mai ales de Reticulina M, vor fi de mare folos, ele fiind antitoxice specifice în aceste stări. Repetarea erupţiilor cutanate ori perzistenţa lor, impun suprimarea şi abandonarea definitivă a Neosalvarsanului, putând încerca, pe lângă cea mai mare precauţiune, alte preparate arseno-aromatice trivalente (Sulfarsenol), ori pentavalente (Solvarsin, Acetylarsan). Solusalvarsanul având o afinitate mare pentru erupţiuni cutanate, nu este indicat în aceste cazuri.

Tratamentul eritrodermiei salvarsanice va urmări în primul rând desintoxicarea organismului prin thiosulfat de Sodiu 10%, câte 10 cmc. pe zi, ori preparatul casei „Beiersdorf", în fiole de 0,5 şi 1 gr. disolvate în 10 cmc. apă destilată. Injecţiile intravenoase în majoritatea cazurilor fiind imposibile din cauza edemului puternic şi a îngroşării tegumentelor, care camuflează venele cuperficiale, de aceea în aceste cazuri thiosulfatul îl administrăm per os în doze de 1 gr., de 4 ori pe zi, după mese, iar dintre injecţiile desintoxicante vom recurge la cele intramusculare, ca gluconat de Calciu, extracte de ficat, vitamina C şi Reticulina M. Când starea venelor ne permite, injecţiile intravenoase de glucoză 40% ne vor face foarte mari servicii. Natural, că prescripţia de regim va fi corespunzătoare stării de intoxicaţie. Tratamentul local va fi simptomatic, potrivit fenomenelor clinice: comprese (pansamente umede) cu Burow, acid tanic 1%, acid boric 3%, resorcină 1%, pe părţile eczemato-edematoase, iar după cedarea procesului exsudativ, calmarea celui eritematoscvamos se realizează cu ajutorul oleului zincat (prescripţia Clinicei Dermato-venerice din Cluj) compus din oxid de zinc şi oleu de olive, părţi egale, ori a mixturilor agitante (paste apoase ale Francezilor, Schüttelmixtur al Nemţilor), în comp zitţa cărora intră ca bază: oxid de zinc-talc-glicerină-apă destilată, părţi egale, la care se asociază un antiseptic uşor: acid boric 3%, ori mai energic: Rivanol 1%. Aceste desinfectante sunt indicate şi în scopul de a preveni piodermiile atât de frecvente în eritrodermia salvarsanică. Vindecarea se realizează în 2—3 luni, prin refacerea completă a tegumentelor. In perioada terminală a eritrodermiei, se poate relua tra-

tamentul antisifilitic prin preparate mercuriale diuretice (metodă personală) ca Novurit, Novazurol, Neptal intramuscular, o fiolă la trei zile şi apoi treptat şi preparatele bismutice, pe lângă cea mai mare precauţiune, cunoscută fiind afinitatea dermotropă a acestui medicament antisifilitic mai ales în stările de sensibilitate cutanată.

Icterul postsalvarsanic fiind tardiv şi producându-se de obiceiu în pauză, el nu se poate prevedea şi nici preveni, decât prin regulele generale de precauţiune pe care le urmăm în cursul tratamentului antisifilitic şi cel salvarsanic, observându-le cu stricteţă în special la indivizii cu fragilitatea celulei hepatice. Acestora le vom administra doze mici de Neosalvarsan, dizolvate în glucoză 40%, sau în săruri biliare (Decholin, Bilicholin), prescriindu-le un regim potrivit pentru menajarea funcţiunii hepatice (Leberschonende Kost), pe lângă administrarea obligatorie a preparatelor hepatice, a vitaminei C şi a Reticulinei M.

Principiile de mai sus ne vor conduce şi în tratamentul icterului salvarsanic declarat, medicaţiunea fiind predominată de desinfectante hepatice (Urotropin, Felamin, Decholin, Drenol, Bilicholin. etc.), extracte de ficat, thiosulfat de Sodiu, vitamina C şi, în primul rând, cantităţi mari de glucoză 25 – 40% intravenos (câte 100 cmc. de 2—3 ori pe zi). Local, aplicarea de căldură sub orice formă (umedă, uscată, diatermie, ultrascurte) va uşura mult senzaţiile dureroase şi de presiune în regiunea hepatică.

După trecerea icterului, tratamentul îl vom relua la început cu preparate mercuriale, (cianură de Mercur, Novurit, Novazurol, Neptal), apoi cu Bismut şi dacă funcţiunea hepatică revine la normal, fără cel mai mic semn de insuficienţă şi după trecerea a cel puţin jumătate de an, se poate încerca cu prudenţă revenirea la Neosalvarsan sau la alte preparate arsenicale tri- sau pentavalente.

Accidentele sanghine, de altfel foarte rare, se pot preveni prin supravegherea atentă a bolnavilor, cari în cursul tratamentului salvarsanic prezintă semnele unei anemii sau a unei agranulocitoze, gândindu-ne la posibilitatea acestor accidente la bolnavii anemici, la cei cu turburări circulatorii, vechi malarici, intoxicaţi, alcoolici, etc. Pe lângă suprimarea tratamentului specific, prin administrarea preparatelor de ficat şi a vitaminei C, aceste stări hematologice cedează uşor, putând continua tratamentul arsenical cu prudenţa cuvenită, de preferinţă cu preparate arsenicale pentavalente, combinate cu mercur şi bismut.

* * *

Ca încheiere, nu pot să termin aceste consideraţiuni, fără să subliniez din nou principiile fundamentale, pe care le-am repetat mereu în expunerea de mai sus, de a acorda toată atenţiunea şi prudenţa cuvenită tratamentului cu preparatele salvarsanice — indiferent căruia îi dăm preferinţă — care pe lângă nenumăratele avantaje, comportă şi riscurile unor accidente mai mult sau mai puţin serioase. Pentru prevenirea lor, vom respecta principiile desvoltate la capitolul profilaxiei accidentelor salvarsanice, iar dacă ele nu s'au putut evita, le vom combate după regulele schiţate, fixându-ne apoi conduita terapeutică antisifilitică ulterioară, de o importanţă vitală pentru soarta bolnavului, conform normelor cuprinse în acest studiu. Şi dacă în cazurile dificile, confraţii se vor putea orienta servindu-se de consideraţiunile expuse, scopul urmărit prin aceste rânduri va fi atins, spre mulţumirea tuturor.

Bibliografie

Arzt—Zieler: Handbuch der Haut etc. Bd. IV., 1934.
Clujul Medical Nr. 4, 1940. Număr consacrat Reticulinei.
Darier etc.: Nouvelle Pratique de Dermatologie. T. I—III. 1936
Dekeyser: Bruxelles Médical 14, 1935.
Fuhs—Kumer: Dermatologie 1941.
Grünwald: Derm. Wschrift 4, 1940.
Herff: Arzneimittelidiosynkrasien, Leipzig, 1937.
E. Hoffmann: Wiener Kl. Wschrft. 32, 1935.
E. Hoffmann: Die Behandlung der Haut etc., Berlin, 1937.
Kühner: Derm. Wschrft 21, 1941.
Longhin: Rev. Sanit. Militară, Sept. 1938.
Milian: Revue Fr. Derm. 2, 1935.
Milian: Revue Fr. Derm. 14, 1934.
Munteanu: România Medicală, 22, 1938.
Nicolas - Moutet, Durand: Thérapeutique de la Syphilis, Paris, 1928.
Nicolau: România Medicală, 6 – 7, 1925.
Nicolau: Clujul Medical, 5, 1930.
Nicolau: Consideraţiuni critice ref. la trat. sif. Craiova, 1936.
Nicolau: Mişcarea Med. Rom., 7—8, 1939.
Roholm, Krarup: Archiv f. Derm. Bd. 181, H. 5, 1941.
Saidac: Accidentele în trat. sif., Bucureşti, 1925.
Schreiner: Archiv f. Derm., Bd. 167, 1933.
Theodorescu: România Medicală, 5, 1941.
Tzanck, Lewi: Bull. Soc. Fr. Derm., T. 46, Nr. 5, 1939.
Tătaru—Ţârlea: Clujul Med. 8, 1939.
Wendlberger, Hrad: Derm. Wschrft., Bd 108, Nr. 5, 1939.
Wiedmann: Über die Leberstoffwechsel, etc. Bul al 9-lea Congr. Intern. Derm. 1935, Vol. I.

(CLINICA DERMATO-VENERICĂ CLUJ-SIBIU)
(Director Prof. Dr. C. Tătaru).

RÉSUME

La prophylaxie et le traitement des accidents salvarsaniques

Dans cette partie de son travail l'auteur expose tous le moyens connus jusqu'à présent pour prevenire et pour traiter les accidents salvarsaniques.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Vorbeugung und Behandlung von Salvarsan-Unfällen

In diesem Teil der Arbeit beschreibt der Verfasser alle heute bekannten Mittel zur Vorbeugung und Behandlung von Salvarsan-Unfällen.

SPASMOSÉDINE

SEDATIV CARDIAC

Acţiune sedativă simultană asupra sistemului nervos intra şi extra cardiac. Acţiune antispasmodică şi vasodilatatoare asupra întregului aparat arterial şi îndeosebi asupra sistemului coronar.

Phenylethylmalonyluree . . .	0,015
Bromhydr. chinin.	0,05
Extr. Crataeg. stab	0,05

Doza mijlocie: 1—2 drageuri la prânz şi seara înaintea meselor.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41
Bucureşti

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malţ

Gust foarte plăcut. Îl iau cu **plăcere** şi copiii mici.

Ambalaje originale de 100 şi 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

Ambalaj original de 40 şi 100 Tablete.

— **Unul dintre cele mai probate şi eficace produse germane** —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coşbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic

Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee; se vor înghiți nemestecate.

KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, **București III.**

Considerațiuni asupra complicațiilor hepato-biliare în febra tifoidă

de

Conf. Dr. I. Gavrilă

Ficatul şi căile biliare jucând un rol foarte important în patogenia febrei tifoide şi în eliminarea bacililor tifici din organism, foarte des aceste organe vor suferi consecinţe deosebite în cursul acestei boli. Ficatul, căile biliare şi vezica biliară sunt organele cele mai importante de eliminare pentru bacilii tifici. In urma prezenţei bacililor tifici în aceste organe anatomopatologic există aci în mod constant leziuni, însă care n'au simptomatologie clinică decât atunci, când trec în complicaţiuni. Şi aceste complicaţiuni hepatobiliare adesea se întâlnesc în febra tifoidă. Ele sunt atât din partea ficatului cât şi a vezicei şi a căilor biliare.

Din partea ficatului se întâlneşte hepatita tifică cu icter şi mai rar abcese hepatice.

Icterul tific este manifestaţia clinică a unei hepatite, datorită bacililor tifici veniţi din circulaţia generală, deci este vorba de o hepatită descendentă. Icterul survine de obicei în perioada de stare a bolii, în săptămâna 2—3-a de boală. El se poate prezenta din punct de vedere clinic ca un *icter uşor*, ca şi un icter cataral, care nu prezintă nici o gravitate deosebită.

Alteori *icterul* este de *gravitate mijlocie*, cu tegumentele net icterice, cu urina intens colurică, cu starea generală mai alterată. Şi aceste cazuri de obicei se vindecă, totuşi câteodată pot sfârşi şi letal.

Mai rar icterul se prezintă sub forma *icterului grav* cu tegumentele intens icterice, urină intens colurică, cu hemoragii cutanate şi mucoase, cu starea generală extrem de gravă, stare stuporoasă, semi- sau complet comatoasă. Sfârşitul obişnuit în aceste cazuri este moartea.

Abcesul hepatic este şi mai rar în febra tifoidă. El se prezintă fie sub forma unor mici abcese multiple, fie sub forma unui abces unic. Insă de obicei diagnosticul este foarte dificil în aceste împrejurări fiindcă această complicaţie survine în cazuri grave de boală, în perioada ei de stare şi este mascată simptomatologia de simptomele grave a însăşi febrei tifoide. Astfel că descoperirea abceselor hepatice de obicei nu se face în vieaţă ci se descoper cele mai deseori întâmplător la autopsie.

Complicaţiile mai dese sunt din partea vezicei biliare şi a căilor biliare dând *colecistită tifică* şi în angiocolită tifică.

Colecistita tifică extrem de rar ar putea surveni în mod primitiv, adecă prima localizare a bacililor tifici să se facă în vezica biliară şi febra tifoidă să înceapă sub masca unei colecistite, dând ceea ce se numeşte *colecistotifus*.

Insă în mod obişnuit *colecistita* tifică survine în mod secundar, ca şi o complicaţie mai ales în perioada de stare a bolii (săpt. 2—3-a), uneori în convalescenţă. Vezica biliară constituind un rezervor important pentru bacilii tifici este natural, ca ea să se poată inflama si mai târziu în convalescenţă, uneori chiar foarte tardiv.

Din punct de vedere clinic se manifestă cu tabloul simptomatic al unei colecistite acute, care anatomo-patologic poate avea la bază un proces inflamator cataral sau unul supurativ. Dar această colecistită acută câteodată poate trece în forma perforantă cu peritonită.

Având ocaziunea să observăm un număr însemnat de complicaţiuni hepato-biliare în cazurile noastre de febră tifoidă, observate în Spitalul Epidemic din Cluj în anii 1935—1940, ne permitem de a analiza mai de aproape aceste cazuri din acest punct de vedere.

In acest timp au fost trataţi în acest serviciu un număr de 703 bolnavi de febră tifoidă, asupra cărora s'au observat următoarele complicaţii hepato-biliare.

Ictere s'au observat în 9 cazuri, 1,29%. In 5 cazuri a fost vorba de un *icter uşor*, în 3 cazuri de *icter mijlociu*, toate aceste cazuri s'au vindecat. Numai într'un caz a fost vorba de un icter grav, survenit cadrul simptomatologiei grave a febrei tifoide, care caz a şi sucombat.

Abcese hepatice n'am constatat nici într'un caz.

Colecistitele.

Frecvenţa. Colecistitele au fost prezente în 45 de cazuri, deci în 6,5% a cazurilor.

Frecvenţa în cursul anilor s'a prezentat în felul următor:

Anul	Nr. cazurilor de febră tifoidă	Colecistite	
		Nr.	%
1935	94	4	4,2
1936	127	7	5,5
1937	165	14	8,4
1938	159	12	7,5
1939	122	7	5,7
1940 Aug.	36	1	2,7
Total .	703	45	6,5

Deci frecvența colecistitelor în cursul anilor variază între 2,7—8,4%.

Data apariției. In 26 de cazuri colecistita a survenit în perioada de stare a bolii, în săptămâna 1—4 de boală, în 10 cazuri în perioada de defervescență, în 11 cazuri în timpul convalescenței, în 1 caz în timpul recidivei de febră tifoidă.

Gravitatea febrei tifoide. In formele grave de febră tifoidă colecistita a fost prezentă de 20 de ori, în formele mijlocii de 21 de ori și în formele ușoare de 4 ori. Deci colecistita survine în toate formele de boală, totuși este mai rară în formele ușoare.

Sex. In 37 de cazuri colecistita a survenit la femei deci în 82% și numai de în 8 cazuri la bărbați, 18%. In consecință colecistita predomină intens la sexul femenin.

Vârsta. După vârstă cazurile de colecistită se repartizează în modul următor: între 15—20 de ani 8 cazuri, între 20—30 ani 23 cazuri, între 30—40 de ani 12 cazuri, între 40—50 ani 3 cazuri. Deci complicația se întâlnește ceva mai rar și între 15—20 ani, totuși ea predomină între 20—30 ani, când și boala este mai frecventă.

Simptomatologie. Din punct de vedere clinic în toate cazurile tabloul clinic prezent a fost al unei colecistite acute obișnuite, mai des (39 cazuri) cu o simptomatologie mai atenuată, făcând impresia unei colecistite catarale simple, mai rar (5 cazuri) cu o simptomatologie mai gravă făcând impresia unei colecistite supurate. Nici într'un caz nu s'a produs perforația vezicei biliare. Intr'un caz bolnavul a sucombat, însă nu din cauza colecistitei, ci în urma gravității infecției tifice generale, în cadrul căreia a survenit și colecistita.

Tratament. Regimul alimentar potrivit. Local comprese reci. Antispasmodice pe cale bucală și în injecții, în caz de dureri mari și pantopon. Desinfectante generale în injecții: urotropină, coleval, piridiu, sulfamide. Cardiotonice în caz de lipsă și tratamentul general al febrei tifoide.

Toate cazurile s'au vindecat cu acest tratament conservativ.

RESUMÉ

Considérations sur les complications hépato-billiaires dans la fièvre typhoïde

Après quelques courtes considérations sur ces complications, l'auteur communique une statistique de 703 cas de fièvre typhoïde, dans laquelle on analyse les complications hépatiques et billiaires.

On a observé sur ces cas 9 ictéres (1,29%), entre lesquels 5 ictéres légers, 3 de moyenne intensité et 1 grave, ce dernier a succombé.

On a observé 45 cholécistites (6,5%), entre lesquels 26 ont survenu pendant la période d'état de la maladie, 10 pendant la période de défervescence, 11 pendant la convalescence, 1 au cours d'une récidive.

La cholécystite 20 fois s'est présenté dans des formes graves de fièvre typhoïde, 21 fois dans des formes de gravité moyenne, 4 fois dans des formes légères.

D'après le sex, il y a 37 femmes (82%) et 8 hommes (18%).

D'après l'âge: entre 15—20 ans 8 cas, entre 20—30 ans 23 cas, entre 30—40 ans 11 cas, entre 40—50 ans 3 cas.

Tous les cas ont guéri avec le traitement conservatif habituel, sauf 1 cas qui a succombé à cause de la gravité de l'infection typhique.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Leber- und Gallen-Komplikationen bei Typhus.

Nach einigen knrzen Betrachtungen über diese Komplikationen gibt der Derfasser eine Statistik üder 703 Typhusfälle bekannt, in welcher die Leber- und Gallen-Komplikationen besprochen werden.

Es wurden 9 Gelbsuchtfälle (1.29%) beobachtet, wobei 5 leichte, 3 mittlere und 1 schwerer Fall war. Letzterer ging tödlich aus.

Es wurden 45 Gallenblasenentzündung (6.5%), beobachtet, wovon 26 während der Fieberperiode auftraten, 10 in der Entfieberungsperiode, 11 in der Reconvaleszenz, 1 während einer Typhus-Rezidive.

Die Gallenblasenenzündungen wurden 26-mal in schweren Typhusformen festgestellt, 21 mal in der mittleren Form, 4 mal in der leichten Form.

Dem Geschlecht nach trat die Komplikationen in 37 Fällen bei Frauen (82%), in 8 Fällen bei Männern (18%) auf.

Dem Alter nach: zwischen 15—20 Jahren in 80 Fällen, 20—30 Jahren in 23 Fällen, zwischen 30—40 Jahren in 11 Fällen, zwischen 40—50 Jahren in 3 Fällen.

Alle Fälle wurden mit konservativer Behandlung geheilt, ausser einem einzigen, der tödlich ausging zufolge der Schwere de Typhusinfektion.

Medicină de război

Câteva considerațiuni asupra chirurgiei de război din campania actuală

— Documentări dela o ambulanță divizionară —

de

Dr. Radian Nițescu,
Secundar al Eforiei Spitalelor Civile București

și

Dr. Crișan Mircioiu,
Preparator Clinica Chirurgicală Sibiu-Cluj

Dată fiind evoluția continuă a mijloacelor de distrugere pe care omenirea și le pune la dispoziție, războiul actual a prezentat, pe lângă rănile cunoscute, varietăți de răni de război, cu totul deosebite de cele expuse în tratatele și studiile care ne-au fost puse la îndemână de experiența celorlalte războaie. Din această cauză am crezut necesar să cuprindem într'o privire generală, faptele și învățămintele ce s'au putut trage până acuma din intensiva campanie 1941.

Deoarece campania noastră a mers din linia întâia, până la Ambulanța Divizionară, observațiile de față privesc în special acest câmp de activitate, lăsând altora sarcina să expună observațiile lor făcute la celelalte formațiuni sanitare de război, observațiuni care de sigur nu vor întârzia să apară.

Considerațiunile noastre vor cuprinde: I. *Rolul și compunerea unei ambulanțe divizionare așa cum este prevăzută în regulamentele Serviciului Sanitar de Campanie și apoi modul special de alcătuire și funcționare al Ambulanței Diviziei de Gardă din care am făcut parte.*

II. Ne vom ocupa apoi de *agenții rănilor,* insistând în special asupra plăgilor de război produse prin achizițiile moderne ale armamentului: Aruncătoarele „Brandt", aruncătoarele de flăcări, bombardamentele de aviație și mitraliajul din avion. Presupunând că ultimele două arme ar fi fost cunoscute din războiul trecut, faptul însă de a fi fost întrebuințate acum pe o scară foarte întinsă cu efecte grozave, ne face să revenim, insistând asupra lor.

De asemenea, ne vom opri mai mult — din cauza marei proporții — asupra rănilor produse prin proectilele de artilerie și credem că nu greșim numind războiul actual „războiul artileriei".

In sfârșit, în al treilea rând, se va arăta, *felul cum am înțeles să ne comportăm sub raportul condiției de adoptat în momentul sosirii la ambulanță a răniților, cunoscând că condiția unei bune evoluții a plăgilor este în funcție de primul tratament aplicat.* Vom aminti totodată că Ambulanța Diviziei de Gardă prin chirurgii ei, a depășit cadrul indicațiilor din regulamentele sanitare privitoare la serviciul de ambulanță, convinși fiind, că nu facem decât să servim mai bine dezideratele primordiale ale serviciului sanitar de război: *recuperarea și iuțeala în recuperare.*

Numai așa se poate explica faptul că, în decurs de mai puțin de trei luni, au trecut pe la ambulanță de câte două ori serii de răniți, vindecați după prima rănire în 20—25 zile, cu amputații de degete, plăgi în seton, etc.

De altfel, războiul modern fiind caracterizat printr'o mobilitate accentuată în urma mijloacelor de care dispune, și serviciul sanitar trebue să ție pasul acestei mobilități, medicul fiind situat de multeori, cot la cot cu luptătorul.

Dacă înaintea acestei campanii păreau lucruri extraordinare, cazurile în care, medicii în adăposturi subterane dădeau dovadă de sânge rece și erau considerați eroi, astăzi când ambulanțele au lucrat nu numai sub pericolul iminent al aviației, dar chiar sub bombardamentul artileriei — și aceasta, nu dintr'o greșită plasare a postului de ambulanță, ci corespunzând unei nevoi imperioase care se cerea satisfăcută cu promptitudine și eficacitate — asemenea lucruri ni se par naturale. Pentru ilustrarea acestei afirmații, nu lipsim a aminti aici că Secția II-a a Ambulanței Diviziei de Gardă a lucrat zile întregi fără odihnă și fără adăposturi subterane, la Fâlciu, la Kogarläk, la Freudenthal (în apropierea Odessei) în imediata apropiere a frontului, la mai puțin de 4 km., sub un puternic baraj de artilerie și aviație, atunci când încercările de spargere a frontului se succedeau cu înverșunare, aducând Diviziei încununarea glorioasă, dar și mulți răniți.

* * *

Dintru început, înainte de a trece la studiul ambulanței divizionare, ne mărginim să semnalăm că dacă postul de prim ajutor batalionar și regimentar a rămas în ceea ce privesc atribuțiile, la regulamentele serviciului sanitar în Campanie, cât privește distanțele acestora, au fost mult micșorate, medicul fiind de multeori solicitat să se găsească la postul de comandă al unității sau în imediată apropiere.

Neapărat că același război de mișcare incumbă pentru medicul batalionar și regimentar probleme grele

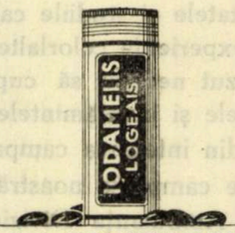
IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE

20-50 PICĂTURI
la cele două mese

MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII
•
TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE
•
MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

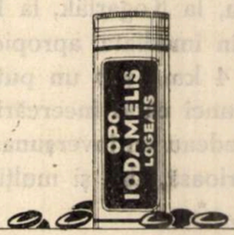
DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE SI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VARSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•

In comprimate drageifiate



FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I

FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — București I, Str. Sf. Ionică No. 8

de rezolvat, privind primul ajutor dat rănitului şi punerea lui în situaţia de a fi transportat fără pericol la Ambulanţa Divizionară.

Rolul unui post de Ambulanţă divizionară situată între 4—8 km. de linia de front, este cuprins în Regulamentul S. S. în C. în următoarele puncte:

— „primeşte prin staţiile de trăsuri răniţii, bolnavii şi gazaţii, atât dela posturile de ajutor dela regimente, batalioane şi divizioane de artilerie cât şi pe cei ce vin direct (auto-evacuaţi);

— revizuieşte şi completează la nevoe ajutoarele date răniţilor şi gazaţilor, la posturile dinainte;

— clasează bolnavii şi răniţii în vederea evacuărilor;

— dă răniţilor şi bolnavilor ajutoare reconfortându-i şi punându-i în stare să poată suporta evacuarea.

Rolul chirurgical la posturile de ambulanţă se reduce la intervenţiile de extremă urgenţă, ca: oprirea hemoragiilor, imobilizarea fracturilor, injecţiunile cu ser antitetanic, precum şi la completarea sau schimbarea pansamentelor, în caz de absolută nevoe.

In ceea ce priveşte gazaţii, li se vor da ajntoare, la secţia respectivă, apoi se vor evacua.

Se dau îngrijirile necesare muribunzilor.

Rolul staţiilor de trăsuri, se reduce numai la rolul pur evacuator, dând numai îngrijirile strict necesare". (B. Instrucţiuni provizorii asupra serviciului Sanitar în Campanie pg. 75).

Am constatat încă dela începutul campaniei că Ambulanţa Diviziei de Gardă (ne referim numai la aceasta, întru cât aici este cuprinsă activitatea noastră) este bine dotată cu material, suficient pentru instalarea a două secţiuni mixte, fiecare lucrând de sine stătătoare, atât ca mijloace de evacuare, cât mai ales ca mijloace de îngrijire a răniţilor. Această înzestrare cu material a fost permanentă în tot timpul campaniei şi graţie unei „secţii de împrospătare cu material sanitar" bine utilată şi dirijată, activitatea ambulanţei n'a avut niciodată de suferit. Eventualele lipsuri constatate (de ex. tuburi de cauciuc pentru drenaj) acestea surveneau arareori şi se datorau defectelor de dotare a serviciului sanitar.

Cât priveşte personalul medical, acesta a fost la înălţime, corespunzând în totul cerinţelor războiului prin moralul lor, puterea de lucru şi pregătirea temeinică de specialitate.

Dacă ne gândim că la alte ambulanţe, am văzut în ceea ce priveşte încadrarea cu personal de specialitate, câte un singur chirurg, hărţuit din toate părţile, neputând face faţă aglomerărilor de răniţi, înţelegem de ce Ambulanţa D. de G. încadrată cu 5 chirurgi (medici secundari de chirurgie şi asistenţi universitari) a dat un randament extraordinar în ceea ce priveşte tratamentul şi evacuarea răniţilor. Aceasta a tratat în trei luni de războiu 10.234 răniţi şi bolnavi, nelăsând niciodată să treacă mai mult de 5—6 ore între sosirea în ambulanţă, tratament şi evacuare, evacuând zilnic 4—500 răniţi în perioadele aglomerate de răniţi, urmare a eforturilor cerute de străpungerea frontului inamic. Acest enorm număr de răniţi a obligat personalul medical şi ajutător la o activitate neîntreruptă şi dacă uneori a lucrat necontenit 30—35 ore, alteori a fost nevoie să se formeze echipe, care se odihneau şi lucrau pe rând. Acest sistem, care a dat de altfel şi cel mai bun randament este însă condiţionat de o bună şi suficientă încadrare cu personal.

In ceea ce priveşte personalul sanitar inferior, aducând omagiu neprecupeţit jertfelor făcute de corpul brancardierilor pentru salvarea răniţilor, trebue să menţionăm greşeala care s'a făcut şi se face încă, socotindu-se serviciul sanitar ca serviciu auxiliar şi încadrându-se din această cauză cu oameni cu totul inapţi misiunii lor, de obiceiu bătrâni, slăbănogi, bolnavi, invalizi, de cari alte corpuri de trupă au căutat că se scape. Aşa fiind, nu se poate pretinde unui om de 43—45 de ani, de multe ori reumatic, cu tare cardiace să transporte cu targa — sub bombardament — un rănit, distanţă de 2—3 km. Să nu mai amintim nimic de pregătirea lor sub raportul strict al specialităţii, deoarece acestor oameni adunaţi în ultima clipă ar fi fost şi greu să li se facă educaţia necesară. Astfel, cu toate ostenelile date, cei mai mulţi n'au putut învăţa nici la sfârşitul războiului, importanţa şi modul corect de aplicare al unui garou.

Soseau deseori la ambulanţă răniţi, cu răni ale extremităţilor de membre, având o sfoară strâns legată la încheietură, iar sângele continuând să curgă; era deajuns să tăem sfoara cu foarfeca, ca hemoragia venoasă să se oprească.

Bineînţeles, observaţia nu se aplică la totalitatea oamenilor, dar ea merită să fie ţinută în seamă. Şi noi am reuşit să ne formăm câte o echipă de oameni devotaţi cari şi-au înţeles rostul şi pe ajutorul cărora puteam conta în orice împrejurare; formarea lor însă a însemnat multă osteneală şi mai ales contact permanent cu sala şi mesele de pansamente. Medicul Şef al Diviziei, D-l Colonel Dr. V. Mustăcescu dându-şi seama dela început de legătura apropiată pe care trebue să o facă — în războiul de mişcare — serviciul sanitar cu frontul, prin mobilitate, rapiditate în instalare şi funcţionare şi apropiere, a organizat în aşa mod cele două secţiuni cu care funcţiona ambulanţa, încât totdeauna una din ele constituia „postul înaintat de ambulanţă" situat la cel mult 4 km. de linia de bătaie, fiecare secţiune deplasându-se în salturi succesive una înaintea celeilalte. Nu trebue să mai amintim că pentru asemenea posturi de ambulanţă înaintate,

staţiile de trăsuri se confundau cu posturile de prim ajutor regimentar.

Pentru executarea acestor deziderate s'a despărţit eşalonul „hipo" de eşalonul „auto". Posturile înaintate de ambulanţă fiind constrânse ca într'o singură camionetă să încarce tot materialul şi personalul necesar unei bune funcţionări, aşa încât ridicarea şi instalarea postului, era chestiune de jumătăţi de oră.

Ajunşi la punctul destinat, după descărcarea materialului, camioneta sanitară era trimisă la front pentru a uşura şi grăbi evacuările şi până la întoarcerea maşinilor postul era gata de funcţionare. Deşi ambulanţa a avut la îndemână un cort mare (culoarea galbenă în care era vopsit îl făcea vizibil însă de foarte departe, constituind un bun reper pentru aviaţie) care putea fi instalat pe orice câmp liber, totuşi ea a funcţionat în diferitele localuri întâlnite în drum: şcoli, conace, colhozuri, case mai mari, biserici chiar, cari se amenajau pentru necesităţile de urgenţă ale ambulanţei în vederea unei bune funcţionări. Se ţine totdeauna în vedere posibilitatea aprovizionării cu apă, ca şi posibilitatea de camuflare a activităţii în jurul şi în interiorul ambulanţei.

Dacă aceste camionete sanitare au fost foarte utile prin rapiditatea lor în deplasările ambulanţei, în ceea ce priveşte transportul răniţilor, înafara calităţii de rapiditate, ele au constituit pentru răniţi un adevărat aparat de tortură. Nu se poate ca un camion automobil să fie transformat în vehicul de transportat răniţii (şi când spunem răniţi, înţelegem oameni cu segmente de membre fracturate, venind din linia frontului unde o imobilizare este iluzorie) numai prin simpla fixare pe suporţi a unor târgi fără prevederea nici unui aparat de suspensie sau amortizare. Inafară de aceasta, din cauza lipsei de închidere, ca şi a defectelor de ventilaţie, răniţii soseau la ambulanţe acoperiţi cu un strat gros de praf, ceea ce constituia deasemenea un inconvenient serios. Nu mai amintim nimic despre autoturismele şi remorcile cu cari au fost prevăzute; dacă turismele au mai putut fi utilizate la transportul câte unui rănit grav, remorcile au fost cu totul inutilizabile, atât prin felul lor de construcţie şi amenajare, cât şi prin felul cum este construit dispozitivul de remorcat.

Lipsa de stabilizare a ambulanţei ca şi pericolul sub care lucrează ea, a făcut imposibilă, sau a redus la minimum posibilităţile de spitalizare în ambulanţă. De altfel, impresia noastră este că rănile de război, oricât da superficiale, necesită un timp mult mai lung pentru vindecare decât rănile din timp de pace şi poate şi din această cauză s'au redus la minimum spitalizările.

* * *

Dacă războiul trecut a adus ca noutate pe planul distrugerii, *aviaţia şi gazele de luptă*, fără îndoială că în războiul actual *„aruncătorul Brandt"* a constituit surpriza, deţinând până acum primul loc în ceea ce priveşte posibilitatea scoaterii din luptă a oamenilor.

Aruncătorul seduce prin simplitatea construcţiei sale. Redus la un simplu tub de oţel de diferite calibre (60 mm., 80,1 mm., 102 mm., 120 mm), el este montat pe un suport care îi asigură stabilitatea în momentul tragerii; este prevăzut cu un aparat de ochire destul de precis şi utilizează nişte proectile speciale, de forma rachetelor lunare, care introduse pe ţeavă prin greutatea proprie, atinge un percutor ce descarcă cartuşul, mobilizând proectilul. Acesta străbate distanţa variind după calibru şi încărcătura de pulbere pe care o are, dela 1500 m. până la 4000 m. bătae eficace.

Cea mai importantă caracteristică a acestei maşini de război, este că sborul proectilului este complect lipsit de sgomot în timpul parcurgerii traectoriei curbe, fapt care face aproape imposibilă apărarea individuală. Percepută fiind numai explozia de sosire, în mod explicat orice intenţie de apărare devine tardivă. Cele mai importante caracteristici distrugătoare sunt însă: fărâmiţarea dusă la extrem a proectilului, la care se adaugă razanţa acestor schije (răspândirea lor se face paralel la faţa pământului) răspândite pe o distanţă de 50—50 m. Dacă la aceste calităţi de distrugere se adaugă faptul că transportul şi mânuirea necesită cel mult 2 oameni, că calcularea distanţelor şi alegerea amplasamentelor pe teren nu constitue nici o greutate, că proectilele pot fi aruncate cu un ritm de 18—20 proectile pe minut; că încadrarea obiectivului necesită cel mult 4—5 lovituri, se înţelege ce armă eficace o constitue „aruncătoarele Brandt" pentru războiul modern.

Singurul desavantaj al aruncătorului ar fi faptul că alimentarea lui necesită muniţie abundentă, care nu poate fi transportată cu uşurinţă în linia de foc.

Trebue să menţionăm că inamicul înţelegând importanţa aruncătorului, l-a utilizat pe o scară extrem de întinsă, mai ales în luptele din jurul Odessei. Şi, când statisticele vor vorbi, se vor înţelege adevărurile afirmate de răniţi în tânguirile lor, care sfârşeau toate cu „ne omoară Brandt-urile", şi aceasta în opoziţie cu cei cari au luptat la străpungerea frontului dela Prut, cari se plângeau de eficacitatea artileriei inamice.

Rănile produse de Brandt sunt caracterizate prin: multiplicitatea lor, relativ mică la adâncime, sediul lor în special la membrele inferioare, organele genitale şi regiunea dorsală, deoarece luptătorii erau surprinşi în picioare, sau în poziţie de mers, mai rareori în poziţie culcată de apărare. Neapărat, n'au lipsit nici rănile mari, cu distrugeri şi amputaţii de membre, însă proporţia lor este mult mai mică.

După spusele luptătorilor, un baraj cu proectile de Brandt este cu mult mai greu de trecut decât un baraj de artilerie, deoarece nici poziţia culcată nu te

pune la adăpost, tragerea lui directă permiţând să se urmărească orice mişcare.

Socotind proporţia de răniţi trecuţi prin Ambulanţa D. de G., după impresia pe care o avem, la 40—50%, în majoritate răni nu prea grave, însă presupunând o lungă perioadă până la recuperare, putem spune că Brandt-ul constitue cea mai eficace armă a războiului modern, cuprinzând în ea — dacă este permisă afirmaţia — chiar o notă de umanitate.

Altă armă modernă, este *„aruncătorul de flăcări"*, un aparat de forma aparatelor de pulverizat, aruncând un amestec incandescent de inflamabile cari produc o temperatură în jurul a 1000°; aceste aparate se utilizează în special la distrugerea cuiburilor de mitralieră şi a cazematelor. Se înţelege că victimele aruncătoarelor nu pot ajunge până la ambulanţă decât într'o proporţie infimă. Noi am avut ocazia să întâlnim în partea a doua a campaniei un singur rănit cu arsuri grave, gradul 11, cuprinzând mai mult decât $^2/_3$ din suprafaţa corpului.

N'am fi amintit ca de o armă nouă de *aviaţie*, dacă *bombardamentul* şi respectiv *mitraliajul*, uneori cu gloanţe dum-dum, n'ar fi dat un procent destul de însemnat de victime, caracterizate prin răni de o gravitate excepţională.

Mitraliajul din avion are un efect mai mult moral, deoarece viteza cu care sboară avionul şi unghiul de tragere nu permite atingererea frecventă a obiectivului, având posibilităţi de apărare. Plăgile produse de mitraliera de avion nu se deosebesc în general de plăgile produse prin proectilele de infanterie. Ar trebui de semnalat ca ceva mai caracteristic, punctul de intrare pe faţa posterioară a corpului, consecutivă poziţie de apărare luate de luptător, precum şi traectul lor mai mult sau mai puţin oblic.

Ţinem să amintim cu această ocazie, că am avut răniţi prin gloanţe dum-dum, în urma mitraliajului de avion, iar piesa extrasă, tipică, a fost înaintată cu raport forurilor mai înalte.

Plaga produsă prin dum-dum — corespunzând în general descrierilor clasice, — se caracteriza printr'o distrugere masivă a ţesutului muscular, formând o cloacă sub tegumente.

Aruncarea bombelor din avion în cazul când obiectivele erau atinse, produceau în general răni grave. Cranii sfărâmate, eviscerаţii totale, sfărâmări de segmente de membre. Amintim cazul unui soldat cu ambele membre inferioare complect zdrobite, cu ocazia unui bombardament în 12 Sept. 1941, la Freudenthal, bombă care fără să explodeze, l-a zdrobit numai prin greutate.

Ca urmare a acestui bombardament, ambulanţa a fost în situaţia să lucreze, ca şi când ar fi fost în linia întâia de luptă. Bombele căzând în imediata apropiere a ambulanţei, la 20—30 m., atunci când activitatea ambulanţei era în toiu, victimele au fost aduse pe masa de operaţie în mai puţin de $^1/_4$ de oră; plăgile au fost însă de aşa natură: eviscerаţii ale intestinului subţire complect ciuruit, sfâşieri ale colonului, zdrobirea celor patru membre, fracturi de craniu, încât orice ajutor medical a fost iluzoriu.

Poate s'ar putea trage din această observaţiune concluzia, că posturile prea înaintate de ambulanţă nu-şi au raţiunea, întru cât gravitatea rănilor condiţionează posibilitatea de vieţuire a răniţilor. Şi chiar dacă am presupune că intervenţiile de mare chirurgie s'ar putea face în asemenea posturi înaintate în condiţiuni optime, în orice caz spitalizarea răniţilor gravi nu s'ar putea face şi fără aceasta salvarea răniţilor (spre ex. abdominali!) este imposibilă.

Consideraţiile asupra agenţilor de rănire şi a rănilor produse se termină cu o privire succintă aruncată asupra *rănilor produse prin proectilele de artilerie.*

De altfel, credem că prima parte a campaniei (distrugerea frontului dela Prut) este caracterizată în sectorul în care a luptat Divizia de Gardă prin predominanţa plăgilor produse prin proectile de artilerie, pe când în luptele din jurul Odessei au predominat rănile produse de aruncătoarele Brandt şi poate cele produse prin arma aeriană.

Şi dacă rănile produse prin proectilele de artilerie nu le egalează ca număr pe cele produse de Brandt, le întrec prin gravitatea lor.

De sigur, nu au sosit la ambulanţă răniţi abdominali, cranieni sau toracici prin schije mari de artilerie, deoarece aceştia au rămas, cum este lesne de înţeles, pe câmpul de luptă; au sosit însă răniţi prezentând răni mai ales la nivelul membrelor către extremităţi, răni ale marilor masse musculare, ale craniului şi feţei, cu fracturi şi distrugeri frecvente ale maxilarelor, în special cel inferior. Am fost puşi în situaţia de a regreta, să nu putem aplica eutanasia în câteva cazuri în cari răniţii se prezentau la ambulanţă, unii cu sdrobirea completă a masivului facial, alţii cu amputarea totală a mandibelei şi a părţilor moi înconjurătoare, încât limba se mişca sub forma unui apendice în gol, lăsând să se scurgă o salivă abundentă sângerândă, alţii, în sfârşit, cu sdrobirea celor patru membre şi plaga craniană, consecutive exploziei unui obuz în imediata apropiere.

De asemeni, numeroase au fost fracturile multiple ale tarsului şi metatarsului ca şi a oaselor respective dela mână, prin schije de artilerie, fracturi cari dirijau fără îndoială rănitul către un anumit grad de invaliditate.

Trebue remarcat faptul că *rănile craniului* în raport cu cele ale feţii, au fost mult mai puţin frecvente, datorită protecţiei prin cască; sigur că unele grave răni craniene se datorau numai neglijenţei în ceea ce

privește portul căștii. Părerea noastră cu toate acestea, este că protecția prin cască ar putea fi ameliorată, prin sporirea grosimei căștii cu 1—2 mm., deoarece, pe lângă faptul că glonțul venit sub un anumit unghiu o poate perfora, schijele mari o turtesc și s'au văzut cazuri de leziuni craniene cu fractura bolții și fenomene de compresiune cerebrală datorită schijelor căzute prependicular pe cască. In sfârșit, sunt cazuri în care schijele au produs sfărâmări de cască, iar fragmentele acestea, la rândul lor, rănirea feței sau a gâtului.

In cuprinsul lezaților prin arma artileriei, socotim și pe acei cari prezentau desechilibre nervoase, cu stare de șoc, agitație sau prostrație, de o durată inegală, al căror număr impresiona în prima parte a campaniei, prin adevărul manifestărilor psiho-patologice, iar în a doua parte, prin varietatea felurilor de încercări de simulare. Dacă în prima parte șocații adevărați predominau, explicația o găsim în faptul că ostașii noștri făceau pentru prima dată cunoștință cu grozăviile unui bombardament intens și prelungit de artilerie, ca și cu noutatea atacului aerian repetat masiv. Cât privește frecvența pseudo-șocaților în partea a doua a campaniei, aceasta își găsește circumstanțe atenuante în condiția fizică a soldaților, care se resimțeau după o ședere de mai mult de trei luni în prima linie.

* * *

Ajungem în fine la partea esențială a acestor considerațiuni generale și anume, la *felul cum s'a înțeles la ambulanța D. de G. tratarea rănilor de război.*

Deoarece răniții soseau la ambulanță în primele 6—8 ore grație legăturilor perfecte și a situației înaintate a postului de ambulanță, am socotit că dacă plăgile aveau mare potențial de infecțiune gravă, trebuiau socotite ca plăgile neinfectate, putând fi puse, grație unui tratament apropiat înafara oricărui pericol de infecție în eventualele întârzieri ce puteau surveni până la eșeloanele dinapoi, menite prin regulamente acestei misiuni. Pentru aceasta, a trebuit să depășim cadrul regulamentelor privitoare la funcționarea unei ambulanțe divizionare, adoptând conduita socotită cea mai bună în vederea recuperării răniților și a punerii lor la adăpost de infecțiunile grave.

Dacă în cadrul regulamentului, ambulanța divizionară trebue să se ocupe de triajul și evacuarea răniților, injecțiuni de ser, oprirea hemoragiei și mobilizări sumare, la Ambulanța D. de G. grație faptului că a avut o dotare aproape ideală în personal medical și material sanitar, am aplicat tratamentul pe care ulterior l-am văzut aplicat în Spitalul de Campanie și nici aici în toate.

Chiar am putea spune, că am depășit unele spitale de campanie, având în vedere numărul cel mare de răniți tratați în timpul considerat. Și Spitalele de campanie au lăsat în grija spitalelor de zonă interioară aplicarea de gipsuri, osteosintezele, etc. Am fost depășiți de Spitalele de campanie în ceea ce privește tratamentul răniților abdominali și cranieni și aceasta, datorită mobilității excesive a ambulanței în războiul de mișcare, după noi constituind o conduită nechirurgicală evacuarea unui abdominal cu mijloacele avute la îndemână, înainte de trecerea a cel puțin 7—8 zile.

De altfel, în partea a doua a campaniei, când s'a produs oarecare stabilizare, d-l Medic Șef al Diviziei, Colonel *Dr. Mustăcescu*, a găsit un corectiv acestei lacune, *înființând* la Secția I-a a ambulanței, rămasă mai înapoi, *o sală de operațiune perfect dotată pentru intervențiile de urgență pe abdomen.*

Chiar dacă numărul vieților salvate ar fi relativ mic, cunoscând gravitatea plăgilor abdominale prin arme de război, câștigul în vieți omenești realizat, constitue un aport însemnat nu numai pentru activitatea ambulanței, dar chiar pentru umanitate; în plus, constitue o experiență reușită, care merită să fie ținută în considerare.

Trebue să spunem că în tratamentul plăgilor de război am fost conduși de principiile devenite clasice prin experiența ultimului război și aflate în toate tratatele de chirurgie de război (Delorme, Iacobovici, Gilorteanu, Regaud, Clavelin etc.): *excizia plăgilor, debridare, drenaj.*

In aplicarea acestui tratament, am găsit o călăuză ideală în principiile expuse de G. Roux (Montpellier) în „Presse Médicale" din 4 Oct. 1939, *„L'excision des plaies de guerre: son principe, son but, sa technique"* (1 fig.).

După acest autor, buna evoluție ulterioară a plăgii ține de îndepărtarea cât mai precoce a tuturor țesuturilor cu vitalitatea compromisă, ce constituesc marginile plăgii, precum și a țesuturilor din profunzime, musculare și aponevrotice. Se înlătură astfel, deodată cu corpurile străine ce se întâlnesc frecvent în plăgile de război, și posibilitățile formării prin proteoliză a unor medii favorabile pentru izbucnirea unei infecții.

Acest lucru se poate face cu mari șanse de reușită în primele 12 ore dela rănire.

Bine înțeles, operațiunea trebue executată ca orice operațiune aseptică, neridicând niciodată țesuturile în bloc, cu foarfeca, ci procedând metodic printr'o încercare de restabilire a planurilor anatomice: tegumente, aponevroze, mușchii, etc.

Oarecare greutate o constitue stabilirea limitei de extindere a exciziei, căci tot excizie cred că fac cei care tund cu economie 2—3 mm. din marginea plăgii, ca și cei care fără nici un criteriu ridică bucăți întregi din tegumente și mușchi. La tegumente limita de excizie este ușor de urmat, grație aspectului normal al

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subtire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni

ale

Căilor urinare

*

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

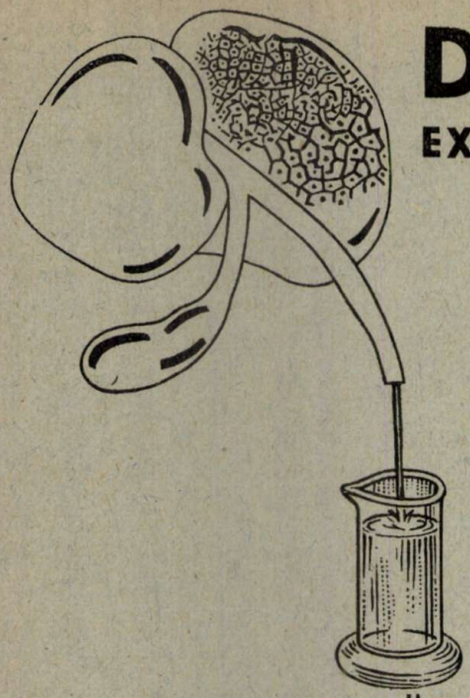
ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Mostre gratuite la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23 / BUCUREȘTI IV

DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE



COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC

J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK

BUCUREŞTI 3, STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

Sirop de Ephetonină **Merck**

(contra tusei)

In tuşe, tuşe convulsivă, bronşite

Flacoane cu aprox. 100 şi 170 gr.

E. MERCK • DARMSTADT

Reprezentanţa generală: **Chimiroman,** Farmacist Liviu Bancu, **Bucureşti I,** Str. T. G. Masaryk No. 32

tegumentelor dela un moment dat şi aderenţelor obişnuite la stratul subjacent. Situaţia devine dificilă la nivelul straturilor profunde şi în special a muşchilor, deoarece este ştiut că muşchiul nu se reface decât prin ţesut fibros, care dăunează funcţiunea normală; pe de altă parte, lăsarea în plagă a ţesutului muscular lezat face intervenţiunea inutilă şi chiar periculoasă, deoarece, în credinţa unei excizii corecte, plaga lipsită de control, poate evolua către infecţiuni grave.

S'a ţinut seama cu stricteţe în exciziile făcute, de semnele vitalităţii musculare, reamintite de Roux în suszisul articol şi anume: a) *coloraţiunea normală a muşchiului, ţesuturile traumatizate fiind lipsite de luciu normal şi având o coloare negricioasă;* b) *apariţia de picături de sânge în urma secţiunii muşchiului în substanţă sănătoasă.* La ridicarea pansamentului în plăgile sdrenţuite, prin schije mai ales, fascicolele muşchilor interesaţi, apar ca nişte masse negricioase, nesângerate chiar la ştergerea cu compresa. Secţiunea în aceste masse bolnave rămân la fel „ex sanguo", numai ridicarea întregei porţiuni devitalizate, face să mustească sângele denotând o irigaţie conservată; c) *contracţiunea muşchiului în momentul secţiunii la limita ţesuturilor sănătoase,* este al treilea semn şi denotă inervaţiunea păstrată, care va asigura suficienţa irigaţiei.

Mărturisim că dacă principial am urmat întocmai indicaţiile date de Roux, n'am avut posibilitatea să separăm timpii operatori aşa cum pretinde autorul, prin schimbarea instrumentelor şi mănuşilor la fiecare plan anatomic interesat; adecă, două sau trei rânduri de instrumente la fiecare rănit. Lucrul este de altfel lesne de înţeles, având în vedere condiţiile de lucru ca şi faptul că trebuia să tratăm şi evacuăm zilnic câte 3—400 de răniţi, în zilele aglomerate.

Primul timp al oricărei intervenţiuni, *desinfectarea mecanică a tegumentelor,* a găsit la noi o rezolvare rapidă — pentru argumentele amintite de atâtea ori, — în raderea pielii în jurul plăgii, ştergerea cu benzină pe distanţă cât mai mare şi badijonarea cu tinctură de iod.

Pentru *anestezie,* am utilizat narcoza cu Kelen şi cloroform, care se preta mai bine ritmului rapid de lucru, uneori infiltraţia cu novocaină, rareori anestezia intravenoasă cu Evipan sau Eunarcon.

N'am aplicat anestezia decât unde intervenţia de executat, ca şi durerea provocată de rană o pretindea. In plăgile mai mici, am lucrat fără anestezie, deoarece această intervenţie necesita mai multe braţe de lucru, mai mult timp, şi mai ales presupunea posibilitatea de evacuare culcat, ceea ce ar fi îngreuiat enorm evacuările.

De altfel, unii răniţi chiar refuzau narcoza.

Asupra tratamentului *rănilor părţilor moi superficiale* trecem, deoarece consideraţiunile de mai sus au fost întocmai aplicate.

Cât priveşte *rănile părţilor moi profunde* după ridicarea ţesuturilor moi necrotice, plaga fiind complet expusă la lumină, ne-am mulţumit să aplicăm în toate direcţiile meşe îmbibate cu substanţe uşor antiseptice: Sol. Rivanol 1%, Cloramină, Sol. Dackin, Hipermanganat 1/4000, Apă oxigenată 3%, etc.

In *rănile feţii,* frecvente şi variate ca formă şi gravitate, — bine înţeles vorbim de cele cari interesau părţile moi — am recurs deseori la aplicarea câtorva puncte de sutură, păstrând un drenaj cu meşe sau setolină. In intenţia noastră a fost să evităm cicatricele disgraţioase şi de altfel au fost singurele plăgi în care s'a recurs la sutura primitivă, socotind că *în plăgile de război, sutura primitivă este contraindicată chiar după o excizie perfectă.*

In *plăgile cu tunel (setoane),* am distins trei categorii: a) *tunele superficiale subtegumentare* cu traect scurt, până la 4—5 cm.), cari au fost deschise, transformându-le într'o plagă superficială larg deschisă, la care se excizau apoi părţile mortificate; b) *tunele profunde prin glonţ cu traect liniar,* la care am excizat orificiul de intrare şi eşire, drenând rareori, aplicând un pansament antiseptic totdeauna. Trebue să spunem aici, că ne-au lipsit tuburile de cauciuc pentru drenaj, cele ce ne-au fost puse la îndemână nu corespundeau cerinţelor, fie că erau prea groase, fie prea scurte, fie că de multe ori tuburile de sticlă cu care soseaua se spărgeau compromiţând pentru moment sterilizarea. S'a utilizat aşa după cum am amintit — pentru drenaj — numai meşele îmbibate cu soluţii slab antiseptice; c) în a treia categorie, intră *tunelele produse* mai ales prin schije sau gloanţe dum-dum (?) caracterizate prin traecte întortochiate, cu orificii de intrare şi ieşire mari şi neregulate, al căror sediu de predilecţie era pulpa, regiunea fesieră, mai rar coapsele.

Aceste plăgi, aproape fără excepţie, au fost transformate în plăgi largi deschise, ajungând deseori să excizăm porţiuni masive din gemeni, fesieri, etc.

In rănile oarbe, cu includerea proiectilului, s'a urmărit în general extracţia proiectilului, utilizând calea cea mai apropiată, recurgând de multe ori pentru extracţie la contraincizii, sub anestezie locală. De multe ori, prezenţa proiectilului, glonţ, dar mai ales schije, era semnalată printr'o *băşicuţă* de mărime diferită, datorită temperaturii căpătată de proiectil prin explozia şi traiectoria sa.

In cazul în care traiectorul nu era abordabil, ne-am mulţumit să excizăm orificiul de intrare şi să drenăm o porţiune din traiect, cunoscând că o pescuire de proiectil, fără ghid radiologic lua timp, putând fi chiar dăunătoare prin eventualitatea creierii de căi false.

In rănile toracice, interesând plămânul, fie că proiectilul avea sau nu orificiu de ieşire, am căutat să

diminuăm cât mai mult posibil şansele de infecţiune. Limitându-ne la excizarea plăgii când orificiile prezentau delabrări, am căutat să diminuăm de asemenea pneumotoraxul prin umplerea cu meşe a orificiului, după care aplicăm un pansament cât mai compresiv.

Bine înţeles calmante şi tonicardiace am aplicat aproape în toate cazurile.

In ceea ce priveşte evoluţia rănilor prin străpungere toracice prin glonte — privind cazurile cari ajung până la ambulanţă — impresia noastră este că aceasta este foarte benignă. Amintim cazul unui prizonier rus prezentând o asemenea plagă, trecut pe la ambulanţă la nouă zile dela rănire şi care putea fi considerat ca şi vindecat.

Dacă plăgile amintite până acuma pot fi socotite ca vindecabile în aproape totalitatea cazurilor, cu mult mai grave sunt *rănile membrelor complicate de fracturi ale oaselor.* Aceastea s'au prezentat în mare număr şi gravitatea lor deosebită lasă să se întrevadă un mare procent de invaliditate.

In primul rând ca gravitate se socoteşte *fracturile însoţite de leziuni ale articulaţiilor.* In special a predominat plăgi ale articulaţiei umărului, însoţite de fracturi ale oaselor constituind centura scapulară. In număr mai mic, dar tot aşa de grave au fost plăgile articulare ale genunchiului însoţite de fracturi; plăgile erau datorite mai ales schijelor.

Cât priveşte fracturile diafizare ale femurului, umerusului, oaselor antebraţului şi mâinii şi oaselor labei piciorului, au fost produse mai ales prin gloanţe; cu mult mai puţine au fost fracturile oaselor gambei, contrar aşteptărilor noastre. Cum am amintit, la gambă au predominat plăgile părţilor moi.

Toate fracturile aveau *caracter de sfărâmare (cominutiv),* de multe ori chiar *explosiv.*

Am întâlnit de asemeni sdrobiri complete ale membrelor, fracturi bilaterale ale femurului, fracturi multiple ale diferitelor segmente de membre şi cu o frecvenţă extraordinară, *fracturile oaselor mânii, în special a metacarpienilor.*

Conduita în plăgile complicate de fracturi, a fost următoarea: curăţirea marginilor plăgii, cu ridicarea fragmentelor de muşchi expuse mortificării sau chiar mortificate, eschilectomie cât mai parcimonioasă, ridicând în toate cazurile eschilele osoase neaderente, adevăraţi corpi străini. S'au umplut cu meşe orificiile plăgii, urmându-se un scop antiseptic şi hemostatic; ne-am ferit în general să drenăm transfixiant, pentru a evita prezenţa unui corp străin între capetele osoase.

După pansarea plăgii s'a urmărit cu predilecţie o imobilizare cât mai perfectă, deoarece, eram rău impresionaţi de răniţii aduşi de pe front, cu fracturi sfărâmate ale femurului, imobilizate insuficient cu câte 1—2 atele de 40 cm. lungime. Urmărind imobilizarea, amintim cu satisfacţie că n'am făcut economie de timp, o imobilizare perfectă a femurului, necesitând şi mai mult ca o jumătate de oră.

Cât priveşte materialul, am utilizat ce aveam la îndemână, nu din lipsa materialului, ci pentrucă cel avut nu corespundea scopului urmărit.

Credem că toată lumea este de acord, că sgheaburile *(gutierele) de sârmă,* din care am avut câteva, nu pot fi utilizate decât pentru fracturile de gambă şi nicidecum pentru fracturile de femur, ce trebuiau evacuate pe distanţe de kilometri.

Atela Thomas-Putti dă de sigur o imobilizare ideală prin contra extensiunea ce permite, dar, după părerea noastră, nu asigură o transportare nedureroasă; atela aceloraşi autori, pentru imobilizarea fracturilor de umerus, este foarte complicată şi incomodă pentru transport ocupând prea mult loc, aşa că s'a aplicat în foarte puţine cazuri.

Pentru *fracturile de femur* am utilizat totdeauna, o atelă lungă dela călcâiu până la rebordul costal, înfăşurată într'o foaie de cort şi bine fixată la centură şi la diferite etape pe toată lungimea membrului inferior. Neapărat, înaine de imobilizare se înfăşura braţul bolnav într'un strat gros de vată. De unde rănitul la ridicarea pe masa de intervenţie — ridicare ce se făcea cu toată atenţia şi sub directa supraveghere a medicului — manifesta dureri grozave, după imobilizare se putea manevra cu multă uşurinţă şi avem convingerea că asemenea răniţi au suportat perfect transporturile la spital. Bine înţeles atelele de asemenea lungime nu s'au găsit decât la scândurile gardurilor.

Imobilizarea oaselor gambei şi antebraţului prin atelele obişnuite nu a ridicat nicio problemă specială.

Pentru *fracturile de umerus,* am utilizat atele în unghiu drept, confecţionate ad-hoc prin ţintuirea a două atele obişnuite, care se aplica pe faţa internă a membrului superior lezat. După rularea unei feşi, membrul superior era fixat la torace prin feşii, ca la mobilizarea în fracturile de claviculă. Şi aici, ca şi la fracturile femurului, rezultatele imobilizării au fost minunate.

Am căutat să fim cât mai *conservatori,* în privinţa *amputaţiilor* — deşi de multe ori eram tentaţi să le facem — şi s'a amputat numai când osul era distrus pe o întindere mare, sau ţesuturile mai strivite, iar sistemul neurovascular compromis. Am împins până la limita extremă acest principiu când era vorba de membrele superioare.

In cazurile de *sdrobiri complete ale membrelor,* ne-am mărginit să regularizăm bonturile şi să asigurăm o hemostază perfectă, după îndepărtarea ţesuturilor necrotice. De altfel asigurarea hemostazei perfecte, a fost unul din principiile călăuzitoare ale activităţii în am-

bulanţă recurgând mai ales la ligaturi, chiar pentru vasele mici.

Ne rămâne să amintim că în rănile *abdominale* după aseptizarea regiunii şi aplicarea unui pansament contentiv, ne mulţumeam să grăbim evacuarea răniţilor după remontare.

In cazurile de *şoc traumatic*, care însoţea de regulă sdrobirile membrelor şi plăgile întinse, s'a intervenit numai în cazurile absolut obligatorii, asigurând hemostaza şi ridicând marile segmente sdrobite.

In celelalte cazuri, s'a încercat pe cât posibil întărirea rănitului.

Ca o ultimă chestiune pe care trebue să o trecem în revistă, amintim că în ceea ce priveşte *injecţiunile de ser*, am fost puşi în situaţia să nu îndeplinim în totul dezideratele regulamentelor de funcţionare ale ambulanţelor, făcând numai acolo seruri, unde aspectul plăgii ne indica obligativitatea. Credem să fi fost mai utili îndepărtând prin conduita noastră chirurgicală focarele de infecţie care în 3—4 ore puteau deveni periculoase, câştigând astfel cele câteva minute ce le-am fi folosit pentru executarea generală a injecţiunii de ser, al căror timp util nu era trecut şi puteau fi completate la eşaloanele sanitare dinapoi.

* * *

Căutând să rezumăm cele expuse mai sus, se ajunge la următoarele concluzii:

1. Ambulanţa Diviziei de Gardă s'a adaptat aproape perfect războiului de mişcare, urmărind alternativ cele două secţiuni ale sale, prin mijloace de deplasare rapidă linia frontului, găsindu-se totdeauna la o distanţă de cel mult 4 km. de acesta. Postul de ambulanţă înaintat, limitat ca efectiv de deplasare şi de lucru la una, cel mult două auto-sanitare, trebue să constitue o etapă în vederea organizării unei bune şi eficace funcţionări a ambulanţelor.

2. Se impune o revizuire a mijloacelor de evacuare; problema amortizării maşinilor şi a etansietăţii lor trebuind neapărat rezolvată.

3. Intr'o ambulanţă divizionară bine încadrată, se tratează cu mai multă eficacitate plăgile de război decât într'un Spital de Campanie, care ar trebui să fie afectat exclusiv intervenţiilor de mare chirurgie ca: aplicări de gipsuri, trepanaţii, etc., ca şi supravegherii ulterioare a răniţilor trataţi în ambulanţă.

4. Tratamentul plăgilor de război la primul eşalon chirurgical rămâne: *excizie, lărgire, drenaj.*

5. Se impune ca absolut necesară prezenţa la ambulanţă a unei echipe chirurgicale, afectate exclusiv intervenţiilor abdominale, care ar urma să lucreze într'un eşalon înapoiat cu mai mută stabilitate. Experienţa făcută de Divizia de Gardă, este concludentă.

6. Se impune o revizuire a mijloacelor de imobilizare, avându-se în vedere deosebirile de lucru şi tratament între ambulanţe şi spitalele din zona interioară.

* * *

Am expus în aceste câteva rânduri, experienţele făcute în ambulanţa Diviziei de Gardă în actuala campanie până în prezent, cu toate corectivele pe care nevoile ni le-au impus, în dorinţa şi convingerea unei perfecte funcţionări. Fără pretenţia inovaţiilor exagerate, am crezut că arătând cercurilor interesate dezideratele unei bune funcţionări ca şi experienţele câştigate, nu facem decât să ne achităm odată mai mult, de o datorie către ştiinţa noastră şi mai ales, către Patria noastră.

RESUMÉ

Quelques considérations sur la chirurgie de guerre dans la campagne actuelle

Les auteurs ont eu l'occasion dans la campagne actuelle sur le front russe de travailler dans une ambulance divisionaire où pendant 3 mois ont traité 10.234 blessés en liaison avec cette activité chirurgicale de guerre les auteurs font toutes les considérations necessaires.

ZUSAMMENFASSUNG

Einige Betrachtungen über Kriegschirurgie aus dem gegenwärtigen Feldzug

Die Verfasser hatten im gegenwärtigen Feldzug an der russischen Front Gelegenheit in einer Divisions-Ambulanz zu arbeiten, wo sie während 3 Krigsmonaten 10,234 Verwundete behandelten. Im Zusammenhange mit dieser Kriegs-Chirurgischen Tätigkeit stellen sie die nötigen Betrachtungen auf.

Medicină preventivă

Tuberculoza în plasa Câmpeni

de

Dr. Paul Sirbu, medic primar de Judeţ

şi **Dr. Mihăese Octavian,** medic de Circumscripţie

SUMAR: 1. Condiţiunile vieţii rurale în plasa Câmpeni.
2. Analiza datelor statistice pe ultimii cinci ani.
3. Observaţiuni medico-sociale asupra cazurilor ţinute în evidenţă.
4. Organizarea luptei contra tuberculozei în plasă.

Plasa Câmpeni cuprinde comunele şi cătunele moţeşti situate în centrul masivului Munţilor Apuseni pe văile Arieşului Mare şi Mic. Orăşelul Câmpeni, situat la unirea acestor râuri, este capitala administrativă, iar comuna Bistra, situată cu 3 km. mai jos de Câmpeni, este la limita de jos a plasei.

Satele sunt într'o stare economică precară; solul este impropriu pentru agricultură; singurele ocupaţii mai rentabile ale Moţilor fiind creşterea vitelor şi industria mică a lemnului. Ei fabrică ciubere, cercuri, fluere, viori, tulnice, etc., prepară cărbunele de lemn, apoi cu aceste produse pleacă distanţe enorme prin Ţară pentru a le valorifica şi a aduce în schimbul lor cereale şi alimente.

In timpul strângerei recoltei femeile şi tineretul pleacă în partea de şes a judeţului sau în judeţele vecine unde se angajează temporar ca lucrători agricoli. Această perpetuă mişcare este fenomenul caracteristic al existenţei Moţului.

Dar limitarea vieţii între căsuţa scundă de lemn şi căruţa de călătorie în lungul şi latul Ţării are o mare influenţă asupra situaţiei sanitare a populaţiei. Din ţară Moţul se întoarce adesea cu boli care la el în munţi nu sunt endemice, uneori cu o accentuată stare de surmenaj şi debilitate. Acestea la rândul lor favorizează tuberculoza; infecţiune la care de altfel Moţul se expune prin însăşi ocupaţiunea lui, fiind obligat în timpul pribegiei să fie găzduit în multe şi variate locuinţe. Se înţelege că în timp ce bărbaţii lucrează la pădure sau sunt plecaţi, femeile sunt obligate la un plus de muncă în gospodărie, muncă pe care o împărţesc şi cu copiii.

Regiunea are tristul privilegiu de a avea o foarte urcată morbiditate şi mortalitate prin tuberculoză.

Bine înţeles că înafară de factorii amintiţi mai intervin şi contribue la răpândirea infecţiunei tuberculoase şi următorii factori sociali:

a) *Condiţiile improprii ale locuinţei.*

Tuberculoza este intim legată de locuinţă. „Molipsirea prin tuberculoză cere contact prelungit şi germeni mulţi. Aceste condiţiuni sunt realizate în casă, locul unde materialul tuberculos îşi conservă vitalitatea până când bacilul găseşte un nou oaspete. Afară din casă virusul bolii îşi pierde repede vitalitatea. Dacă n'ar fi casa, bacilul tuberculos ar dispare repede de pe suprafaţa pământului: soarele, aerul şi apa sunt inamicii naturali ai bacilului Koch; apa îi face să iasă din ascunzătoare, aerul şi soarele îi distrug. Cu toţii suntem în stare a rezista tuberculozei, afară din casă însă." *(Lawrence Flick.)*

In plasa Câmpeni casele sunt de lemn şi au câte 2—3 camere. Dintre acestea însă numai câte o cameră este locuită. De altfel multe dintre case, deşi au câte 2—3 camere, numai una dintre ele este terminată şi amenajată pentru locuit, celelalte rămân neterminate (netencuite, nepardosite) tot timpul cât durează construcţia. In aceste condiţii izolarea este imposibilă, după cum vom vedea. Complexul „locuinţă-tuberculoză" în aceste cazuri este un factor tuberculinogen.

b) *Lipsa de igienă în viaţa familiară şi socială.*

Este în general ştiut că sărăcia şi lipsa de igienă, murdăria, promiscuitatea merg mână în mână. In parte acest fenomen se observă şi aici.

c) *Insuficienţa cantitativă şi calitativă a alimentaţiei.*

In plasa Câmpeni alimentaţia este de tip arhaic, compusă din cereale, lapte şi în timpul verei din legume verzi. Dintre cereale se consumă numai grâul; porumbul numai în cantităţi infime.

Carnea se consumă în cantităţi reduse, iarna carne de porc, vara de vită, însă aceasta din urmă în cantităţi aproape neglijabile. Laptele este singurul aliment care asigură aportul de proteine animale.

Aportul de lipide este acoperit prin cantităţile mari de slănină care se consumă tot timpul anului.

Din puţinele alimente de care dispune, populaţia nu ştie să scoată maximum de valoare nutritivă. Untul de exemplu nu joacă nici un rol în bucătăria moţească. Acest aliment se comercializează.

Benetato a făcut o foarte minuţioasă anchetă ştiinţifică în comuna Măguri, tot în Munţii Apuseni

(dar nu în plasă), şi a constatat că raţia alimentară la copil este insuficientă, mai ales calitativ. Ca valoare energetică se apropie de limita inferioară a raţiei normale. Pentru adulţi, ca valoare energetică, raţia se apropie de cea minim necesară, calitativ însă este deficitară în proteine, vitamine şi săruri minerale alcaline.

d) *Intoarcerea acasă a indivizilor contaminaţi în oraşe.*

Indivizii contaminaţi în armată, în fabrici, în şcoli, în diverse servicii constituesc tot atâtea noui surse de infecţiune.

Numărul celor întorşi dela armată cu ftizii manifeste — reformaţi şi dispensaţi — merge crescând. Intr'o lucrare viitoare ne vom ocupa de aspectul acestei probleme.

e) *Insuficienţa unei organizări tuberculoase în stil mare.*

Dela început precizăm că această insuficienţă nu ţine de personalul sanitar, ci mai ales de extrema diseminare a caselor în această regiune muntoasă şi de insuficienţa mijloacelor de comunicaţie. Cu toate aceste împrejurări, lupta antituberculoasă ar fi încununată de succes dacă ar exista în plasă o instituţie de izolare şi tratament.

f) *Alcoolismul.*

Este o plagă socială a satelor de munte. Plasa Câmpeni îi plăteşte un însemnat tribut. Alcoolismul nu ar avea o influenţă nefastă asupra leziunii tuberculoase însăşi, micşorează însă rezistenţa organismului, desorganizează forţele morale şi materiale ale familiei.

In rezumat: O mare parte a populaţiei plasei Câmpeni trăind în locuinţe supraaglomerate, în promiscuitate, alimentată insuficient, adesea surmenată de o muncă nu prea grea, dar care necesită parcurgerea de lungi distanţe prin Ţară, de obositoare distanţe prin regiunea muntoasă, prezintă o mare receptivitate faţă de infecţii în general, faţă de tuberculoză în special.

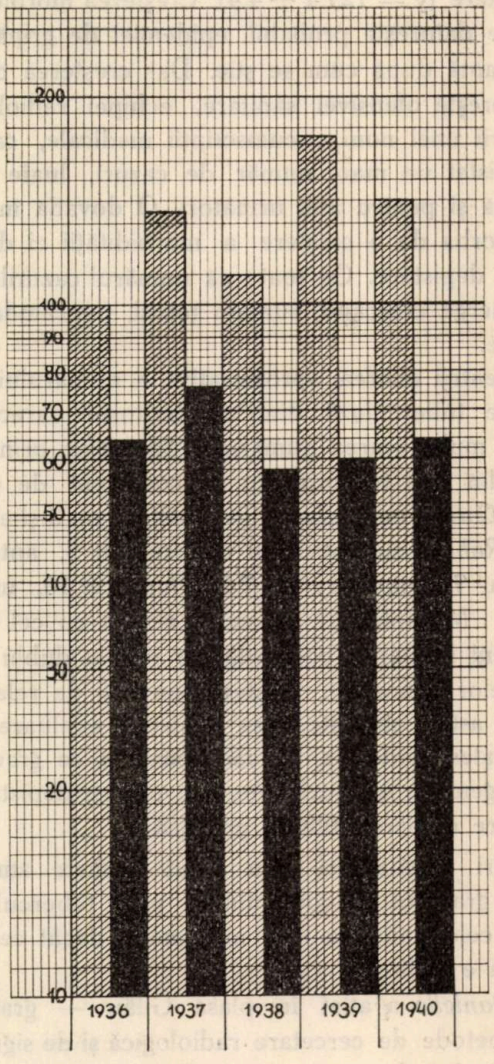
Parte din factorii sociali amintiţi mai sus sunt generali pentru toată Ţara, aici însă capătă o însemnătate locală şi o notă de mai mare gravitate din cauza caracterului moţului care e mândru, neîncrezător, conservator până la lipsa de iniţiativă.

Adunând datele statistice din ultimii cinci ani asupra creşterii populaţiei, morbidităţii şi mortalităţii prin tuberculoză, obţinem următoarea tabelă:

Tabela I. — Tuberculoza în plasa Câmpeni în anii 1936–1941:

Anul	Populaţia probabilă la 1 Aug.	Numărul cazurilor cunoscute	Morbiditatea la 100.000 locuitori	Decese	Mortalitatea la 100 000 locuitori
1936	40 078	99	247	63	157
1937	40.650	135	334	75	184
1938	41.226	110	267	58	116
1939	41.875	175	418	60	143
1940	42.381	140	330	64	151

Sau, pentru o orientare rapidă la o simplă privire reprezentând cifrele absolute ale cazurilor cunoscute şi deceselor pe scara logaritmică, iar calculând tendinţa cazurilor şi a deceselor şi reprezentându-le alăturat cu creşterea populaţiei, obţinem următoarea grafică:



Grafica Nr. 1.

Numărul cazurilor cunoscute (haşurat) şi al deceselor (negru) în ultimii 5 ani în plasa Câmpeni.

Citind datele de pe tabelă şi grafică constatăm următoarele:

Populaţia este în continuă şi viguroasă creştere. Şi acest fenomen are importanţa lui economică şi socială.

Surplusul de populaţie nu este absorbit de emigrări sau în industrii decât în mică măsură. Surplusul pare lipit de pământ. Bucata de pământ cu toate că neproductivă a fixat omul, proprietatea s'a divizat din tată în fiu, s'a pulverizat, satul a crescut „ca un ciorchine de polipi" pe dealuri, pe pământul muntos din jur.

Cât priveşte morbiditatea, cifrele au o simplă valoare de orientare.

Morbiditatea calculată pe baza cazurilor cunoscute este sub realitate, fiindcă ea e în funcţie de de-

pistare, ori, depistarea integrală a tuturor cazurilor cere reunirea a 3 examene: clinic, radiologic şi de laborator, sau măcar extinse examinări radiologice, fapt ce nu s'a raalizat în plasă. Morbiditatea a oscilat în plasă între 247 şi 418 la 100 000 locuitori şi tendinţa ei este în creştere ($y = 127.4 + 4.4$). Creşterea morbidităţii în 1937 se datoreşte probabil epidemiei de gripă, boală anergisantă după cum se ştie. Dar creşterea din 1939 se datoreşte ofensivei sanitare, echipei radiologice şi înfiinţării unei noui circumscripţii medicale, cari toate au depistat un mare număr de cazuri, luate apoi în evidenţă şi pentru anii următori. O dovadă în plus că nu e vorba de o creştere a morbidităţii ci de o mai intensă depistare. Cu toate că numărul cazurilor depistate merge crescând, suntem totuşi, deocamdată, sub realitate.

Pentru aflarea aproximativă a numărului bolnavilor de tuberculoză dintr'un teritoriu oarecare, s'a propus multiplicarea numărului deceselor prin această boală din acel teritoriu, cu un coeficient de probabilitate (*Cornet* multiplică cifra adulţilor cu 3 şi a copiilor cu 2, *Robin*, multiplică cu coeficientul 5, autorii germani cu 7, *Landouzy* cu 7.5, *Phips* cu 10, unii chiar cu 14). Multiplicând în cazul nostru cu cel mai mic coeficient numărul bolnavilor ar ieşi la dublu faţă de cifra celor cunoscuţi. Suntem convinşi de relativitatea cifrelor astfel obţinute, însă pentru o evaluare sumară şi mai ales pentru a şti cam până la ce grad trebue să ajungem cu eforturile noastre pentru depistare, calculul are o mare utilitate practică.

Ori decâte ori s'au făcut anchete amănunţite asupra gradului de contaminare prin tuberculoză numărul celor aflaţi a fost mai mare decât cel oficial, ceea ce e şi firesc.

Daniello a aflat în plasa Gilău — graţie unei bune metode de cercetare radiologică şi de sigur graţie acuităţii de observaţie a marelui specialist — în loc de 107 cazuri câte erau cunoscute prin datele oficiale, un număr de 307 cazuri.

Tot printr'o metodă bine pusă la punct şi prin examinarea unui enorm număr de persoane *I. Stoichiţia* şi *St. Popescu* au găsit în Inspectoratul Sibiu o morbiditate de 845.7 la 100 000 locuitori pentru cazurile manifeste de tuberculoză. Adăugând la acestea cazurile latente, cifra creşte la 10.375, iar adăugând şi formele pleurale cifra se urcă la 12.370 la 100.000 locuitori. Noi suntem departe încă de cifrele acestor autori.

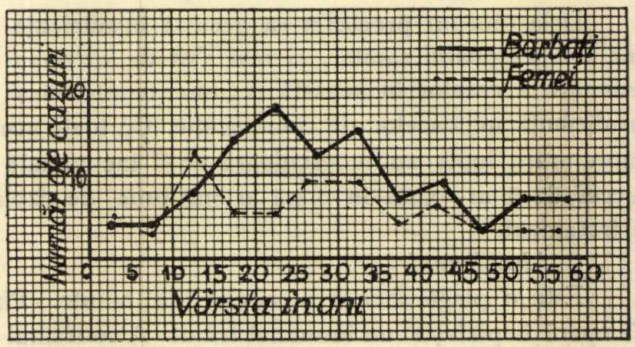
Mortalitatea prin tuberculoză măsoară mai bine gradul difuziunii tuberculozei.

Şi asupra cifrelor mortalităţii se face rezerva incompetenţei autorităţilor cari fixează diagnosticul pe buletine (mai ales pentru copii şi bătrâni) eroarea probabilă însă aici este mai mică deoarece circumscripţiile sunt foarte dese, deci un mai mare număr de buletine sunt văzute de medic.

Mortalitatea prin tuberculoză a oscilat în plasă între 116 şi 148 la 100.000 locuitori. Cifrele nu sunt departe de cifrele medii oficiale pe ţară. Mai urcată a fost în 1937, datorită probabil aceleaşi epidemii de gripă (unul din noi am observat acelaşi fenomen în clinica infantilă din Cluj în acelaşi an). Tendinţa mortalităţii este în scădere ($y = 66.6 - 2.6$).

In prezent se găsesc în observaţiune medicală şi în evidenţa dispensariilor din plasă un număr de 175 cazuri. Din fişele alcătuite de medicii de circumscripţie putem face unele consideraţiuni de ordin medico-social.

Repartizarea cazurilor după vârstă şi sex dă următoarea grafică:



Grafica Nr. 2
Cazurile de tuberculoză din plasa Câmpeni după vârstă şi sex

Până la vârsta de 10 ani numărul cazurilor pentru ambele sexe este aproximativ egal, dela 10—15 ani fetele întrec în număr băieţii, aceasta probabil din cauza creşterii mai accentuate şi a pubertăţii mai precoce la fete, dar mai ales datorită faptului că atunci fetele încep a fi utilizate la munci mai grele în gospodărie, dela 15—20 ani situaţia este exact inversă. Pentru celelalte vârste cifrele merg paralel.

Maximum de incidenţă se găseşte între 20—25 ani apoi numărul cazurilor scade fiindcă dela această vârstă creşte în mod deosebit mortalitatea.

Cât priveşte starea materială a bolnavilor, am amintit că în general comunele sunt sărace. Din bolnavii actualmente în evidenţă numai 16% au o situaţie materială satisfăcătoare, 60% situaţie materială mediocră, iar 24% rea.

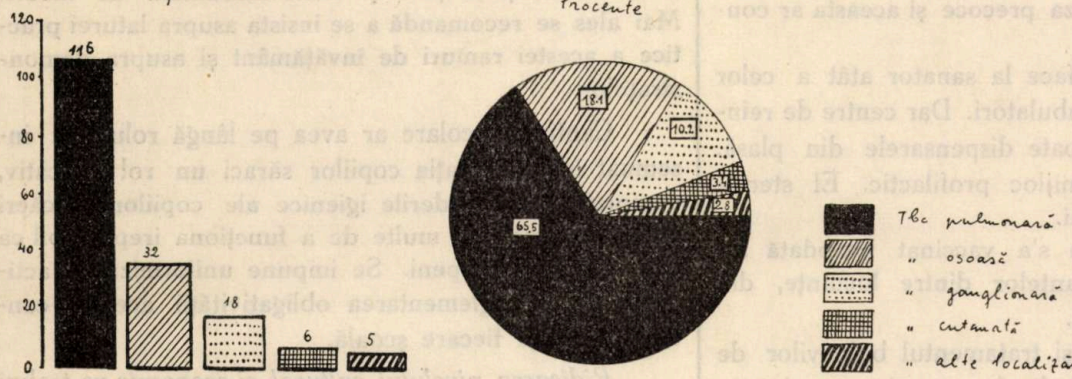
Această stare are urmarea cea mai directă asupra modului de alimentaţie. In adevăr, din cele 175 cazuri anchetate numai 28.5% se alimentau suficient, 52% aveau o alimentaţie mediocră, 19.5% rea din toate punctele de vedere.

Dar starea de paupertate a bolnavilor face imposibilă şi izolarea fie în scop profilactic fie în scop terapeutic.

Din acelaşi număr de cazuri numai o proporţie disparentă de 5.8% locuiesc singuri într'o cameră, 8.2% locuiesc cu încă o persoană, 16% cu 2 persoane, 17.3% cu 3 persoane, iar restul cu 4 şi peste 4 persoane în aceiaşi cameră. Aşa că endemia tuberculoasă ne isbeşte aici prin caracterul ei net familiar.

Adăugând la acestea faptul că numai 30.3% din bolnavi s'au prezentat într'o fază precoce a infecţiunii, restul de 69.7% s'au prezentat într'o fază tardivă când abia erau sau nu mai erau de loc recuperabili vom desprinde pericolul difuziunii intrafamiliare a tuberculozei. In cele mai multe cazuri deci, Moţul face tuberculoza în familie, trăieşte în sânul familiei cu această afecţiune fără a schiţa măcar un gest de apărare. In loc de o îndârjită rezistenţă, o inexplicabilă resemnare.

După localizarea tuberculozei cazurile anchetate se prezintă conform graficelor de jos.



Grafica Nr. 3
Tuberculoza în plasa Câmpeni după localizare

Cantitativ aceste grafice vorbesc dela sine. Insă raportul între numărul cazurilor de tuberculoză pulmonară şi celelalte localizări nu corespunde exact realităţii. Cele mai multe cazuri de scrofuloze, scrofulodermii, lupus, lichen, cherato-conjuctivite flictenulare, etc., nu s'au prezentat şi au fost depistate numai incidental în timpul anchetei sau cu ocazia consultaţiunilor pentru alte boli.

Tratamentul urmat de bolnavii anchetaţi a fost insuficient atât ca durată cât şi ca eficacitate. Majoritatea 115 din 175 (sau 65.7%) s'au tratat cu tonice: injecţii de calciu, glicerofosfat de calciu per os, oarecare regim şi repaus numai când nu se mai putea mişca.

Abia 23 (sau 13.2%) au fost spitalizaţi şi trataţi raţional prin colapsoterapie, auroterapie, şi diverse operaţii. Iar 14.8% n'au urmat niciun tratament.

In prezent tot greul luptei contra tuberculozei în plasa Câmpeni revine personalului Sanitar. Plasa are actualmente 7 circumscripţii dintre care 3 cu dispensar, 3 cu baie populară. Revine cam o circumscripţie la 6000 locuitori. Pe lângă medic există la fiecare circumscripţie soră de ocrotire şi agent sanitar. Deci o organizaţie sanitară destul de strânsă şi oportun plasată pe teren. Depistarea bolnavilor se face de către medic şi personalul sanitar auxiliar. Acesta însă se face numai pe baza examinărilor clinice. Nu există un aparat Röntgen în plasă, special dotat pentru examinările radiologice ale suspecţilor. Aşa că cu toate sforţările, cu toate că în unele cazuri medicii şi personalul sanitar au de luptat eroic cu greutăţile terenului şi cu dificultăţi de tot felul, o combatere a tuberculozei care să satisfacă integral toate exigenţele noastre nu se poate face.

Pentru o combatere sistematică şi integrală a tuberculozei în plasa Câmpeni sunt urgent necesare 2 arme de luptă:

a) Sanatorul din Câmpeni, pus în stare de funcţionare şi

b) Infiinţarea efectivă a plasei sanitare.

Având aceste 2 instituţii în serviciul combaterii latura medicală se rezolvă uşor în felul următor:

1. *Depistarea,* s'ar face de medic cu concursulpreţios al surorilor de ocrotire, pe care plasa sanitară le-ar resfira într'o reţea astfel încât combaterea s'ar descentraliza până la familie şi ar începe de aici. Sora de ocrotire intră în familie, o anchetează trece rezultatul pe minuţioasa fişă familiară. Persoanele care ar prezenta o cât de mică bănuială că ar putea fi infectate vor fi trimise la medic, acesta le triază, trimite pe cei suspecţi la sanator pentru examinare radiologică. Rezultatul examinării se scrie pe fişă, astfel completată aceasta devine o bună foaie de observaţie care pe lângă diagnostaticul clinic şi radiologic conţine şi pe cel social. Bineînţeles că sanatorul reţine pe cei bolnavi, aplică tratament ambulatoriu, repartizează pentru tratament la medicii de circumscripţii, după caz.

Depistarea s'ar face foarte eficace şi în şcoli. Plasa ar dispune neapărat şi de un medic şcolar. Schiţat programul ar fi următorul:

a) Practicarea cutireacţiei la tuberculină la toţi elevii şi împărţirea elevilor în 2 grupe: cei ce au reacţionat pozitiv şi cei ce au reacţionat negativ;

b) Examene radiologice periodice la cei pozitivi sau care virează pozitiv;

c) Punerea în stare de rezistenţă a celor în pericol de a face infecţiunea;

d) Izolarea şi tratarea celor bolnavi.

Dela copilul care a reacţionat pozitiv, medicul şi sora de ocrotire poate în multe cazuri să meargă până la sursa infecţiunii. „Vom Kind zum Quelle". Aşa că depistarea în şcoli ar servi depistării în general.

Asupra acestui capitol de igienă şcolară nu mai insistăm, *Daniello* l-a tratat magistral într'o lucrare care va constitui pentru mult timp un program.

Odată depistaţi, bolnavii s'ar lua în observaţie şi obligaţi la examinări radiologice periodice. Numai mutarea în altă localitate sau decesul scoate pe un tuberculos din observaţie.

2. *Izolarea* este baza profilaxiei efective a tuberculozei. Tuberculoza este în primul rând o boală contagioasă.

Izolarea celor cu leziuni deschise s'ar face la sanator indiferent de faza în care s'a prezentat bolnavul.

Plasa sanitară ar depista şi ar trimite după un timp bolnavii numai în faza precoce şi aceasta ar constitui titlul ei de noblete.

3. *Tratamentul* s'ar face la sanator atât a celor internaţi cât şi a celor ambulatori. Dar centre de reinsuflaţie ar putea deveni toate dispensarele din plasă. Pneumotoracele este un mijloc profilactic. El sterilizează bolnavul de germeni.

In plasa Câmpeni nu s'a vaccinat niciodată cu B. C. G. din cauza distanţelor dintre locuinţe, din cauza greutăţilor terenului.

Depistarea, izolarea şi tratamentul bolnavilor de tuberculoză constitue o triadă de măsuri ce se iau în mod obişnuit în lupta contra tuberculozei. Dar pentru ca aceste măsuri să fie eficiente trebuesc complectate de altele la care trebue să se angajeze întreaga societate. Acestea sunt: educaţia igienică şi ridicarea nivelului economic şi cultural.

I. *Educaţia igienică.* Cine trebue s'o facă? In plasele sanitare model surorile de ocrotire au un rol considerabil în educarea maselor. Sora de ocrotire infiltrează în familii şi noţiunile elementare de igienă generală şi medicină preventivă.

Această conduită au respectat-o surorile de ocrotire şi înainte în plasa Câmpeni, înfiinţarea plasei sanitare ar coordona munca lor, mărindu-le eficacitatea.

Şcolile ţărăneşti pentru femei iniţiate după tipul celei dela *Orlat,* ar avea un rol covârşitor în educaţia igienică, şi ar trebui înfiinţate în fiecare comună. Acestea funcţionează tot sub conducerea surorilor de ocrotire şi au în program următoarele: igiena individuală şi a locuinţei, îngrijirea mamei şi a copilului, gospodăria casnică, cultura zarzavatului şi curs practic de bucătărie.

Utilitatea acestor cursuri pentru comunele moţeşti nu mai trebue subliniată, din expunerea noastră se vede ce gol mare ar acoperi.

Cea mai receptivă grupă de vârstă pentru cunoştinţe noi şi deprinderi igienice este vârsta şcolară. Se înţelege deci că educaţia igienică va trebui introdusă efectiv şi în şcoli şi atent îndrumată de medic. Mai ales se recomandă a se insista asupra laturei practice a acestei ramuri de învăţământ şi asupra demonstraţiilor.

Cantinele şcolare ar avea pe lângă rolul lor însemnat în alimentaţia copiilor săraci un rol educativ, completând deprinderile igienice ale copiilor. Nicăeri nu au motive mai multe de a funcţiona ireproşabil ca aici în plasa Câmpeni. Se impune uniformizarea activităţii lor şi reglementarea obligativităţii acestor cantine pe lângă fiecare şcoală.

Ridicarea nivelului cultural şi economic va trebui să fie ţinta tuturor autorităţilor în plasă.

In lupta contra bolilor sociale în general şi contra tuberculozei în special aceste autorităţi ar trebui să se solidarizeze şi să activeze după principii stabilite de acord cu plasa sanitară.

In cadrul acestei strânse colaborări, s'ar rezolva mai rapid şi mai eficace orice chestiune în legătură directă sau indirectă cu combaterea tuberculozei. Greul luptei precum şi satisfacerea reuşitei s'ar răsfrânge asupra tuturor.

Probleme terapeutice

Preparatul „Camfotol" în tratamentul simptomatic al tuberculozei pulmonare*)

de

Dr. N. Bumbăcescu

Pentrucă în tuberculoza pulmonară, nu avem un medicament specific, se întrebuinţează şi azi, înafară de mijloacele de colapsoterapie care şi-au dovedit eficacitatea lor, cele mai variate combinaţiuni chimice, cu titlu de medicaţie adjuvantă şi simptomatică.

Casa „Radu" având un complex chimic, care con-

*) Notiţă terapeutică, din Secţia de boli pulmonare a clinicii medicale I din Cluj-Sibiu.

Preventiv In Asthm

o singură comprimată de

Iminol

previne accesul iminent

dacă este luată la timp.

Intrebuințarea comodă

fără acțiune secundară.

Nu produce obișnuință.

Tuburi cu 10 și 20 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

CHIMIOTERAPIA GRIPEI ŞI MALADIILOR »EX FRIGORE«

GERMICID

Dr. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură

EXCEPTORANT

ANTISEPTIC PULMONAR

RECALCIFIANT

ERIGON

Dr. WANDER

SIROP

In tuberculoză

Bronşite

Gripă

Profilaxia şi Terapia Rachitismului

VIOSTERIN

Dr. WANDER

Vitamină D standardizată în unităţi internaţionale

ULEIU
1 cmc = 15.000 unităţi

DRAGEURI
1 drageu = 3.000 unităţi

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice

Bucureşti VI, — Str. Cazărmei 89

ţine calciu, colină, camfor şi sulf, numit camfotol, ne-a pus la dispoziţie o cantitate mai mare, spre a fi încercat în clinică.

Ţinând seamă de componentele preparatului, dela început am dedus că el poate fi administrat bolnavilor, fără de niciun pericol, întru cât toate acestea, cu excepţia sulfului, sunt azi folosite în tuberculoză sub forma altor combinaţiuni, cunoscute de toată lumea medicală.

Este ştiută acţiunea calmantă, tonic cardiacă, antiexudativă, desensibilizantă, emostatică a calciului, influenţa favorabilă asupra nutriţiei generale a colinei, efectul tonic cardiac, calmant şi desinfectant al camforului. Dintre compuşii preparatului, camfotol, singur sulful din cauza proprietăţilor sale congestive, nu este prea frecvent folosit în tuberculoză. Dat fiind că el intră în compoziţia chimică a preparatului amintit într'o cantitate foarte mică, n'am socotit că formează o contraindicaţie.

Pentru motivele de mai sus, am crezut că asociaţia acestor substanţe, într'un complex chimic stabilizat, merită să fie încercată.

Proporţia substanţelor mai sus amintite în camfotol este: camfosulfat de calciu 10% şi colină clorhidrică totul în soluţie stabilizată.

Preparatul se administrează intramuscular, tot a doua zi, în serii de câte 10—20 injecţii a 5 cc.

El este bine suportat şi la cazurile tratate de noi n'am observat, niciodată reacţiuni locale sau generale.

In alegerea cazurilor, la care am aplicat această medicaţie, am exclus formele acute şi pe acelea cu leziuni avansate şi grave, în plin puseu evolutiv. Am preferat din grupul mare al tuberculozelor, formele fibrocazeoase, unde n'am putut face colapsoterapie şi pe acelea tratate cu pneumotorace sau frenicectomie.

Am studiat efectul obţinut cu camfotol pe 30 bolnavi, din care reproducem aci numai trei observaţiuni clinice reprezentând fiecare, câte un grup la care s'a făcut indicaţia de tratament, restul fiind cu totul asemănătoare.

Obs. Nr. 1. I. A. Bolnav de aproximativ trei luni, se internează în secţia de boli pulmonare a clinicii medicale I, în 7 Mai a. c. pentru leziuni fibrocazeoase fibrozate în parte, cu mici focare de ramolisment în lobii superiori. Neputându-se institui un pneumotorace artificial din cauza procesului de simfiză pleurală, i se face pe lângă cura de repaus şi o serie de inj. cu camfotol. Am observat în acest caz o scădere şi stabilizare a curbei termice, diminuarea semnelor stetacustice, creşterea poftei de mâncare şi a greutăţii corporale. Bolnavul după o lună şi jumătate părăseşte clinica ameliorat.

Obs. Nr. 2. C. I. Se internează în secţia de boli pulmonare a clinicii medicale I, în 15 Aprilie a. c. pentru o tuberculoză fibrocazeoasă cavitară a lobului superior drept. Un pneumotorace artificial neputându-se institui i se face o frenicectomie. Bolnavul după frenicectomie a prezentat mici expectoraţii cu sânge. Asociindu-se curei latero-declive şi tratament cu camfotol, am observat uşoară tendinţă la scădere a temperaturii, tusa şi expectoraţia au diminuat, pofta de mâncare a crescut şi a câştigat în greutate. După două luni şi jumătate a părăsit clinica ameliorat.

Obs. Nr. 3. P. A. Se internează în secţia de boli pulmonare a clinicii medicale I, în 30 Octomvrie 1940, pentru o tuberculoză cavitară a lobului superior drept. I se institue un pneumotorace artificial obţinându-se un colaps incomplet, pentru care a trebuit să se facă rezecţie de aderenţe în luna Februarie a. c. După intervenţie a făcut o reacţie lichidiană, care la tratamentul cu camfotol a rămas staţionară, diminuând în cursul zilele următoare. Bolnavul a părăsit serviciul cu o stare generală bună, colaps total şi foarte discretă reacţie lichidiană în sinus.

Din observaţiunea cazurilor noastre, se constată că, preparatul este bine suportat, nu dă niciun fel de reacţie şi că prin el se obţin rezultate asemănătoare cu a celorlalte medicaţii, ce au în compoziţia lor aceleaşi componente şi care sunt folosite ca tratament adjuvant în tuberculoza pulmonară.

De altfel efectele bune, obţinute în cazurile noastre asupra simptomelor generale ale bolnavilor, nu pot fi atribuite numai camfotolului, fiindcă toţi bolnavii noştri, la care am aplicat această medicaţie au fost supuşi în acelaşi timp şi unei cure de repaus, sau au fost trataţi cu diferite alte mijloace de colapsoterapie, pneumotorace, frenicectomie, etc.

Cum în practica ftiziologică, adeseori trebue să prescriem bolnavului şi o medicaţie tonică, camfotolul poate fi utilizat cu această indicaţie ca tratament auxiliar, în tuberculoza pulmonară.

Rezumat:

In practica ftiziologică, camfotolul, poate fi utilizat ca medicaţie tonică, în tratamentul auxiliar al tuberculozei pulmonare.

Revista cărţilor

Interpretarea aspectelor tomografice ale vârfului pulmonar în tuberculoza pulmonară. (Die Deutung des Röntgenschichtbildes der Lungenspitzen bei Lungentuberkulose) de *Dr W. Kremer* şi *Dr. L. Retzlaff*, G. Thieme, Leipzig, 1941.

Prin examinări comparative ale aceluiaşi caz făcute cu ajutorul examenului anatomopatologic, a radiografiei normale şi a tomografiei asupra vârfurilor pulmonare autorii demonstrează mare superioritate a metodei tomografice faţă de radiografia normală, precum şi concordanţa aproape perfectă între constatările tomografice şi cele anatomice. Prin secţiuni tomografice se pot pune în evidenţă minuscule pierderi de substanţă sau focare infiltrative, precum şi alteraţiuni ale pereţilor bronşiali. Diferenţiarea imaginilor acestora de celea pe care le dau formaţiunile anatomice normale este de cele mai multe ori posibilă. Lucrarea de faţă este o nouă dovadă a marii valori practice pe care tomografia o are în ftiziologie.

Conf. Dr. L. Daniello

Chimie şi Microscopie Clinică. (Klinische Chemie und Mikroskopie) de *Dr. Lothar Halmann*. Un volum de 478 pagini, editura Gheorghe Theime, Leipzig, 1941. Ediţia 2-a.

Importanţa metodelor de examinare de laborator în diagnostic astăzi este considerabil. Desigur că în toate bolile diagnosticul clinic are importanţă pe primul plan, totdeauna ne vom nizui să facem în primul rând un diagnostic clinic, în special în bolile infecţioase. In aceste ultime boli chiar şi tratamentul şi măsurile profilactice le vom aplica imediat ce am făcut un diagnostic clinic, fără a mai aştepta rezultatul examinărilor de laborator. Totuşi diagnosticul de laborator în cele mai multe boli este de o valoare deosebită şi ne ajută sau ne clarifică diagnosticul clinic, foarte adesea acest diagnostic clinic nici nu este posibil fără ajutorul laboratorului.

Din acest ultim punct de vedere cartea de faţă reprezintă o importanţă deosebită, fiindcă ea conţine toate metodele de examinare utilizate în laboratorul clinic.

Cartea are următorul conţinut:

Partea I-a se ocupă cu tehnica generală de laborator: modul de recoltare al sângelui, metodele de împiedecare a coagulării, conservarea sângelui, sticlăria utilizată în laborator, balanţele de laborator, prepararea soluţiilor de laborator şi titrarea lor, indicatorii coloranţi utilizaţi în laborator, colorarea microbilor, reactivii de laborator.

Partea II-a se ocupă cu analiza diferitelor produse ale organismului.

In primul capitol se tratează analiza salivei, rolul salivei în digestiune (grăsimi, hidraţi de carboni, albumină), apoi urmează analiza sucului gastric din toate punctele de vedere: dejunul de probă, determinarea aciditătilor gastrice, rolul sucului gastric în digestiune, fermenţii digestivi ai sucului gastric, compoziţia complectă a sucului gastric. Tot în acest capitol se expune analiza sucului duodenal: compoziţia sucului duodenal, fermenţii din sucul duodenal, analiza chimică a sucului duodenal şi microscopia lui.

In al doilea capitol se tratează despre analiza materiilor fecale: analiza macroscopică, analiza microscopică, fermenţii, determinările chimice din materiile fecale, cercetarea paraziţilor cu o tabelă complectă despre diagnosticul diferenţial al acestor paraziţi.

Capitolul III se ocupă cu analiza sputei: cercetarea macroscopică, analiza microscopică, etc.

In Capitolul IV se expune examinarea exudatelor, transudatelor şi a lichidelor din diferite chiste.

Capitolul V se ocupă cu analiza detailată a urinei. Aci se dau în primul rând probele funcţionale de examinare ale rinichiului, apoi se trece la analiza propriu zisă a urinei: analiza macroscopică, determinarea elementelor normale ale urinei, apoi a diferitelor elemente patologice, determinarea reacţiunei prin titrarea aciditătii şi prin determinarea pH-ului urinar, determinarea calitativă şi cantitativă a albuminei, zahărului şi acetonei din urină. Se mai expun tot aci şi analizele urinare în vederea determinării funcţiunilor hepatice. Determinarea vitaminelor în urină şi reacţiunile de sarcină încă sunt expuse. La sfârşitul acestui capitol se dă analiza microscopică a urinei cu diferitele elemente normale şi patologice ce se pot găsi la această analiză, apoi analiză chimică a diferiţilor calculi ce se elimină prin urină.

In capitolul VI se dă analiza lichidului cefalo-rachidian culoarea, presiunea, determinarea albuminelor şi globulinelor, numărătarea elementelor celulare, etc.

In capitolul VII se expune analiza sângelui din toate punctele de vedere: compoziţia sângelui, determinarea coagulării, determinarea timpului de sângerare, determinarea albuminelor sangine, a viscozităţii, crioscopia sângelui, reacţiunea Takata-Ara, reacţiunea Weltmann şi interpretarea ei, determinarea fermenţilor din sânge, rezistenţa globulară, determinarea vitezei de sedimentare a globulelor roşii, a hemoglobinei, numerotarea leucocitelor, a globulelor roşii, analiza morfologică a tabloului sangin, numerotarea trombocitelor şi a reticulociţilor. Tot în acest capitol este tratată şi puncţia sternală cu analiza produsului obţinut prin această puncţie atât în stare normală cât şi în stările patologice.

Urmează apoi expunerea grupelor sangine după concepţia modernă a acestei probleme. La sfârşitul acestui capitol se dă analiza spectroscopică a sângelui, determinările colorimetrice din sânge, fotometria sângelui.

In partea III-a a cărţii sunt date micrometodele cantitative din urină şi din sânge ale diferitelor corpuri: corpi acetonici, alcool, acizi-amini, amoniac, bilirubină, zahăr, calciu, cloruri, colesterină, diastaze, dioxiacetonă, fer, albumine, acid uric, uree, potasiu, creatinină, magneziu, sodiu, fosfor, azot, vitamina B1.

La sfârşitul cărţii se dă o bibliografie bogată a problemelor tratate în carte.

Această carte de laborator este de o importanţă deosebită pentru orice medic, dar în primul rând pentru toţi medicii practicieni, în ea găsind toate analizele, care se fac în mod curent la patul bolnavului pentru clarificarea diferitelor probleme de diagnostic clinic. Ea este de mare utilitate şi pentru studenţii în medicină în ea găsind diferite metode de examinare de laborator, ce le întâlnesc în timpul învăţământului.

Conf. Dr. I. Gavrilă

Revista revistelor

MEDICINA INTERNĂ

Ce se poate face în mod profilactic contra hemoroizilor? (Was kann ich profilaktisch gegen Hemorrhoiden tun?) de *Prof. Dr. K. Ludloff.* Med. Welt. Nr. 42/1941. Pag. 1077—80.

Autorul discută mijloacele profilactice ce pot fi întrebuințate contra hemoroizilor, ajungând la următoarele concluziuni. Hemoroizii pot fi preveniți prin o gimnastică potrivită, cu considerare la condițiile circulatorii diferite în venele inferioare în timpul mersului, zăcutului, a umblatului și a statului, prin aceleași mijloace hemoroizii incipienți pot fi vindecați, în acelaș timp este necesară o disciplină în alimentație și în ingerarea lichidelor.

Tratamentul cu șoc insulinic în ulcer. (Insulinschock-Behandlung des Ulcus) de *Dr. M. Gülzow.* Dtsch. Med Wchschr. 1941, Nr. 41, pag. 1115—18.

Autorul utilizează șocul insulinic în tratamentul ulcerului după următoarea tehnică: Se administrează bolnavului dimineața pe nemâncate 20—40 unități de insulină, individual după reacțiune și se așteaptă producerea șocului. Bolnavii sunt menținuți în șoc dela 20 minute până la 2 ore sub observații. Durata șocului se urcă încet. După trecerea acestui timp șocul este întrerupt prin administrare de zahăr. Se administrează hidrați de carbon și atunci când intervin reacțiuni de contractură și stări de inconștiență. In medie se produc 10 astfel de șocuri la intervale de 1—3 zile în timp de 2—3 săptămâni, în acelaș timp se administrează un regim constând din 5 prânzuri. In timpul șocului bolnavii stau la pat, nu s'au administrat alte medicamente. S'a reușit numai cu acest medicament de a face să dispară tulburările obiective și subiective în multe ulcere gastrice și duodenale.

Asupra tuberculozei primare la adult. (Zur Frage der Primärtuberkulose des Erwachsenen) de *Dr. Peter Bernoulli.* Schw. Med. Wschr. 1941, Nr. 38, pag. 1087—93.

După o scurtă privire asupra problemei tuberculozei primare la adult se descriu 3 cazuri corespunzătoare la soldați tineri, unde tuberculoza a luat o evoluție nefavorabilă.

In prima observație este vorba de un soldat de 21 de ani, care timp de 4 luni de serviciu militar activ n'a prezentat nicio turburare și care după o răceală nu s'a simțit bine și a prezentat subfebrilități. 6 săptămâni mai târziu s'au prezentat turburări vasculare în piciorul drept și dureri de cap, face o meningită tuberculoasă și o lună mai târziu sucombă. La autopsie se constată un afect primar de mărimea unei boabe de mazăre în lobul inferior al plămânului stâng.

La un soldat de 22 de ani după ce a fost eliberat din serviciul activ câteva săptămâni a prezentat fenomene gripale. După un interval de 7 săptămâni fără turburări din nou prezintă temperatură. In câteva săptămâni moare cu o meningită tuberculoasă. Autopsia descoperă un complex primar tuberculos în vârful plămânului stâng.

In al treilea caz este vorba de un soldat de 20 de ani, care face fenomene gripale. In legătură cu aceasta se prezintă o tuberculoză pulmonară stângă progresivă cu sfârșit letal în 6 luni. La autopsie se constată un afect primar în lobul superior stâng.

Tratamentul anemiilor secundare cu Ferrum 3585. (Behandlung secundärer Anemien mit Ferrum 3585) de *Leopold Feil.* Schw. Med. Wschr. Nr. 41, 1941, pag. 1180—83.

S'a tratat cu preparatul nou Ferrum reductum depolarizat Ferrum 1585 diferite forme de anemie: anemie ipochromă esențială, anemie toxică sau infecțioasă, anemii după pierderi cronice sau acute de sânge, anemii după operații de strumă, anemii achilice, penicioase, aplastice. Rezultatul terapeutic a fost foarte bun cu excepția în anemiile aplastice. In toate cazurile s'a produs o mărire a hemoglobinei și o excitare directă a eritropoezii. Dozarea medie a fost de 3 ori 1 până la 3 pe zi, aproximativ 20—30 de zile, fie continu, fie în serii de 10 zile cu pauze de 8—10 zile.

*

INFECȚIOASE

Ce înțelegem prin boli tropicale? (Was verstehen wir unter Tropenkrankheiten?) de *W. Büngeler.* Dtsch. Med. Wschr. Nr. 42, 1941, pag. 1139—43.

Dacă în general numim boli tropicale pe acelea, care sunt frecvente în țările calde și care în țările cu climă moderată survin numai rar sau deloc, atunci aceste boli le putem împărți în 3 grupe: 1. Boli care survin exclusiv numai în țările calde (febra galbenă); 2. Boli cosmopolite, care survin în toată lumea, între care în primul rând este tuberculoză, apoi guturaiul, variola, alstrim, lepra, dezinteria amebiană, pemphigus filoaceus, limfogranuloma inginală, anchilostomiaza, anumite tumori; 3. In ultima grupă a bolilor tropicale cuprindem astfel de îmbolnăviri, care deși în țările calde prezintă aceleași simptome clinice și anatomice, ca și în regiunile netropicale, care însă se deosebesc de formele europene în mod fundamental prin altă etiologie. Aci intră 2 boli principale: boala lui Hirschsprung (megacolon), apendicita.

Afecțiunile acute a căilor respiratorii în copilărie cu privire specială la bronșită. (Die akuten Erkrankungen der Luftwege im Kindesalter unter besonderer Berücksichtigung der Bnonchitis) de *Prof. Dr. H. Brüning. Rostock.* Med. Welt Nr. 41, 1941. Pag. 1048—51.

Autorul discută în acest articol îmbolnăvirile acute a căilor respiratorii în copilărie. Pentru producerea acestora joacă rol important influențele atmosferice, modificări constituționale. Autorul discută următoarele afecțiuni: Rinofaringita acută, laringita acută, pneumoniile acute, pleuritele și bronșitele acute. Expune agenții microbieni, etiologici, tablourile clinice, ale tuturor acestor afecțiuni. Insistă apoi la sfârșit asupra tratamentului de aplicat în astfel de cazuri, după cum și a profilaxiei de urmat. Pentru prevenirea acestor afecțiuni este important în primul rând izolarea copiilor bolnavi de cei sănătoși, apoi persoanele ingrijitoare vor purta un tifon la nas. Pentru copii predispuși la afecțiuni catarale a căilor respiratorii superioare sunt bune preodedurile sistematice de obișnuire cu frigul.

In afecțiunile declarate este indicată aeroterapia liberă. La începutul bronșitei acute se va încerca de a opri aceasta afecțiune prin băi și împachetări fierbinți și administrare de ceaiu fierbinte, concomitent se va da piramidon, aspirină, apoi mijloace hidroterapeutice, menținerea în cameră a unui aer umed.

Ca medicamente se dau expectorante: preparate de guajacol, timian, pentru tuse codeină, contra insomniei luminalette, baldrian dispert, veronal, noctal, somnifen.

In bronșita capilară mijlocul suveran după Rietschel sunt împachetările cu muștar.

Pentru tratamentul pneumoniilor acute se vor aplica aceleași mijloace înșirate mai sus, în pleureziile exudative se vor face evacuări repetate, în empiemele streptococice se dă protonsil. In ce privește rinofaringita acută se indică repaus la pat, mijloace sudorifice, menținerea aerului umed în cameră, pomade cu vaselină salicilată în nas, etc.

Importanța tipurilor de pneumococi pentru diagnosticul și terapia pneumoniei. (Die Bedeutung der Pneumokokkentypen für die Diagnostik und die Therapie der Lunge-

nentzuendungen) de *Joachim Hans Tornack*. Dtsch. med. Wchschr. 1941. Nr. 36. Pag. 981—983.

Descoperirea specificităţii tipurilor de pneumococi a condus la stabilirea tipurilor mai importante, tipul I şi II, care aproape totdeauna produc pneumonie lobară şi la tipul III (pneomococus mucosus). Ceilalţi pneumococi până acum au fost împărţiţi în alte 29 de tipuri (cei mai mulţi în bronchopneumonii şi chiar întâlniţi pe mucoase sănătoase), dintre care mai ales în U. S. A., Anglia, şi în ţările Scandinave au fost observaţi în special tipurile 4, 5, 7, 8 şi 14. Stabilirea tipurilor este utilă din punct de vedere al pronosticului şi al tratamentului. După consideraţii paralele făcute asupra terapiei cu ser şi cu sulfamide, se scoate în evidenţă terapia cu ser a pneumoniei.

Asupra tratamentului pneumoniei cu eubasinum şi a reacţiunilor produse de preparat. (Zur Frage der Pneumoniebehandlung mit Eubasinum und dessen Nebenwirkungen) de *Dr. E. Strangmann*. Dtsch. med. Wchschr. 1941. Nr. 36. Pag. 983-986

Se relatează tratamentul cu eubasinum a 67 pneumonii lobare şi 8 bronchopneumonii, care au fost influenţate favorabil de către acest tratament, în ce priveşte temperatura şi starea generală. Măsuri terapeutice accesorii, ca venepuncţie, medicamente cardio-vasculare periferice şi centrale, au fost inevitabile. Complicaţiunile n'au putut fi evitate. Dispariţia infiltraţiunilor nu a ţinut pas cu ameliorarea clinică. O eficacitate deosebită a terapiei asupra alor diferite tipuri de pneumococi n'a putut fi stabilită. Mortalitatea a fost 12%.

Reacţiunile produse de medicament pe lângă dozarea utilizată în mod obişnuit în Germania sunt neînsemnate şi sunt în contrast cu cele constatate în alte ţări.

*

CHIRURGIE

Colecistectomia la vârsta înaintată. (Cholecystektomie im hohen Alter) de *Dr. Leo Czembirek*. Wien. Lin Wsch. 1941. No. 42. Pag. 862—63.

Autorul discută problema colecistectomiilor la indivizi mai în vârstă. Din acest punct de vedere dă o statistică a tuturor cazurilor trecute peste 60 de ani, care au fost operate în serviciul chirurgical I din Viena în ultimii 4 ½ ani In total au fost 443 de colecistectomii în acest timp, din acestea 72 peste vârsta de 60 de ani. Din aceste 72 au sucombat 8, deci o mortalitate de 11%. Dintre 20 de cazuri operate în interval n'a sucombat nici unul, în schimb dintre 29 de cazuri operate în timpul accesului acut în primele 48 de ore, au murit 2, ceea ce face o mortalitate 7%. O pacientă de 70 de ani a murit la 6 săptămâni după operaţie în o embolie a arterii pulmonare, o femee de 61 de ani a murit după 4 zile dela operaţie cu o pancreatită hemoragică. Dintre 23 de cazuri operate după 48 de ore au murit 6, ceea ce face o mortalitate de 26%. Toate 6 cazurile au sucombat în urma unei peritonită de perforaţie, pancreatite sau colangite.

I. Gavrilă

*

OTORINOLARINGOLOGICE

G. Buzoianu-Bodea-Popovici. **Imaginea radiografică în unele abcese extradurale mute perimastoidiene.** Revista Ştiinţelor Oto-rino-laringologice, fondată în Cluj. Nr. 3—4 Oct. 1941, Sibiu.

Abcesele extradurale sunt susceptibile să dea pe clişeul radiografic o imagine particulară care le este proprie, sub forma unei umbre care contrastează cu restul desenului radiografic. Situaţia acestor umbre este caracteristică. Ele se găsesc la marginea corticalei interne a mastoidei a zonei cerebrale sau cerebeloase. Forma lor este neregulată dimensiunile lor variabile, obişnuit a acelor a unor monede de metal. In observaţiunile autorilor clişeele arată abcesul extradural în general situat în unghiul posterosuperior al mastoidei. Se acordă o atenţie particulară imaginilor asupra cărora autorii insistă mai ales în cazuri cu fenomene mastoidiene neprecise pe care ezită să le trepaneze mai ales unde este vorba de abcesul extradural latent. Chiar în cazul unde abcesul nu este aşa zis colectat în zona extradurală, imaginea radiografică decelează de cele mai multe ori plăci de osteită întinsă dela corticala internă în general acompaniată de pachimeningită vecină. In mastoiditele dubioase, clişeele radiografice constitue un element decisiv în favoarea trepanaţiei.

Profesor S Belinof. (Sofia): **Esofagofisura (esofagotomia externă) cu sonda permanentă în tratamentul esofagitei corosive acute. (O. C. A.). Comunicaţie preliminară.** Revista Ştiinţelor Oto-rino-laringologice, fondată în Cluj. Nr. 3—4 Oct. 1941, Sibiu.

Autorul propune pentru calibrajul esofagului în cazul esofagitei corosive acute, introducerea unei sonde permanente prin intermediul unei esofagotomii externe cervicale. In acest caz reflexele de intoleranţă provocate în regiunea faringeană când o sondă este introdusă prin cavitatea bucală sunt depărtate. După statistica cazurilor observate de autor, 63% dintre bolnavi prezintă leziuni de intensitate mijlocie la care se poate încerca a se aplica acest tratament, 10% sunt cazuri uşoare, însă 27% sunt cazuri grave în care tratamentul este, sau simplu sau nu poate fi impus. Detaliile metodei vor fi publicate ulterior.

Corcan şi Romulus Bolza: **Consideraţiuni în legătură cu un caz de rănire de război a laringelui.** Revista ştiinţelor oto-rino-laringologige, fondată în Cluj, Nr. 3—4, Oct. 1941, Sibiu.

Un soldat a primit proectilul unei arme de foc la nivelul bazei limbei. Cartuşul a pătruns în această regiune prin cavitatea bucală care se găsea deschisă. De aici el alunecă şi se fixă în regiunea laringeană dând naştere la fenomene laringeene subiective şi obiective care ar putea să treacă drept o leziune tuberculoasă laringeană în lipsa de anamneză şi în lipsa unui examen atent. Cu atât mai mult că această afecţiune fu diagnosticată cam în acest fel după un examen toracic. Radiografiile, care au fost executate arată prezenţa unui corp strein la nivelul laringelui. Autorii comentează cazul atrăgând atenţia asupra importanţei anamnezei şi a examenului radiografic în aceste condiţiuni.

E Bodea: **Pronosticul tuberculozei laringeene.** Revista ştiinţelor oto-rino-laringologice, fondată în Cluj, Nr. 3—4, Oct. 1941, Sibiu.

Autorul comentează pronosticul tuberculozei laringeene considerând că el e în general grav, fără a fi întotdeauna fatal, un optimism exagerat este contra indicat tot aşa pesimismul accentuat.

Cu toate că tuberculoza laringeană depinde în întregime de tuberculoza pulmonară, sunt cazuri pulmonare grave cu leziuni laringeene minime şi invers. In fixarea pronosticului intră o serie de factori de care trebue să ţinem cont: evoluţia leziunilor, sexul, sarcina, timpul, localizarea. Fixarea unui pronostic al laringitei tuberculoase în general este dificil. Tuberculoza laringeană rămâne în tot cazul o afecţiune gravă a cărei evoluţie poate fi mortală, însă care poate să fie tot aşa vindecată dacă utilizăm contra ei toate mijloacele terapeutice şi dacă evoluţia leziunilor pulmonare e bună peste tot.

G. Buzoianu: **Nevrite optice retro-bulbare vindecate prin trepanaţia sfero-etmoidală.** Revista ştiinţelor oto-rino-laringologice, fondată în Cluj, Nr. 3—4, Oct. 1941, Sibiu.

In afară de alte cinci cazuri apărute şi publicate înainte, cu patru vindecări şi un eşec, autorul dă observaţiunile a două cazuri noui urmate de vindecare prin trepanaţie sfero-etmoidală. Cazurile provin din clinica oftalmologică din Cluj (prof. Mihail).

In primul caz vederea redevine normală după patru zile dela trepanare. In al doilea caz vederea redevine normală după nouă zile dela operaţie. In ambele cazuri sinusurile erau macroscopic şi clinic normal. Autorul consideră trepanarea sfero-etmoidală ca o operaţie care prnzintă cele mai mari şanse de succes în nevritele optice sinuso-nasale. Alte intervenţii limitate la culoarul nasal riscă de a avea nevoe ulterior de o trepanare complimentară a sinusurilor posterioare, făcută în o a doua şedinţă. Al doilea caz e interesant căci cu toate că prezenta numeroase focare dentare care erau deschise, vindecarea nu a survenit decât după deschiderea sfero-etmoidală.

I. G. Russu şi V. Posticescu: **Idei morfologice asupra septului nasal.** Revista ştiinţelor oto-rino-laringologice, fondată în Cluj, Nr. 3—4, Oct. 1941, Sibiu.

Completând descrierea anatomică a cartilagiului septo-nasal în urma disecţiei a şapte piese adulte, se constată: 1. că diametrul antero-posterior al cartilagiului numără în mijlociu 39,71 mm.; 2. că diametrul vertical are în mijlociu 32,14 mm.; 3. că grosimea maximă a aceluiaşi cartilagiu se găseşte la nivelul marginei postero-inferioară; 4. că greutatea cartilagiului este aproape 1 gr.

*

GINECOLOGIE

Psihoze foliculinice şi turburări circulatorii. Stadiu experimental despre acţiunea foliculinei asupra circulaţiei cerebrale. (Psychoses folliculiniques et troubles circulatoires).

Etude expérimentale, de l'action de la folliculine sur la circulation cerébrale) de *H. Baruk, David Racine* şi *Mll. Lauret.* La Presse Med. Nr. 24, Mars. 1940—281.

Autorii descriu stările de turburări mintale, psihoze ovariene şi turburări vaso-motorii întâlnite în stările de pusseuri hiperfoliculinice din perioada premenstruală şi preclimacterică, la unele femei. Aceste stări ar fi: agresivitatea, tendinţa la ostilitate, exacerbaţia ironică etc. şi care ar fi datorite excesului de hormon folicular din aceste perioade, şi pentru aceasta dovedeşte şi faptul că aceste stări sunt ameliorate sau chiar vindecate complet fără administrare de corp galben.

Unul dintre aceşti autori a reprodus şi experimental pe animale stări similare cu cele descrise mai sus prin administrarea de foliculină în cantitate mare. Turburările vaso-motorii produse de excesul de foliculină merg paralel cu cele de ordin psihic şi sunt de natură vaso-dilatatoare.

Pentru a se vedea ce efect are foliculina asupra vaselor cerebrale (se cunoştea efectul vaso-dilatator asupra vaselor dela membrele inf.) au intreprins următoarele cercetări pe iepuri şi maimuţe.

Au trepanat şi secţionat dura mater şi s'a expus o suprafaţă circulatorie a creierului şi s'a găsit că foliculina produce o vaso-dilataţie netă, şi difuză, ce interesează nu numai trunchiurile vaselor mai mari ci şi cele mai mici ramificaţii, putând merge până la pete hemorogice. Observaţia s'a făcut cu ochiul direct, printr'un aparat special şi s'au luat şi fotografii şi făcându-se biopsii s'a confirmat acest lucru şi istologic.

Au întrebuinţat foliculina în sol. uleioasă şi apoasă cu efect egal, dar cu putere de absorbţie mai rapidă pentru cea din urmă.

Pentru a evidenţia şi mai mult efectul acestui hormon s'a încercat puterea contrastului, administrând la martori substanţe cu efect vasoconstrictor.

In concluzie autorii conchid că acestei vaso-dilataţii din momentele pusseurilor de hiperfoliculinemie din perioada premenstruală şi preclimacterică la unele femei s'ar datora şi congestia feţii, cefalea, valurile de căldură, iritabilitatea, turburările de caracter, întâlnite atât de des în aceste momente.

Dozajul foliculinei ca bază de orientaţie clinică şi terapeutică în ginecologie. (Le Dosage de la folliculine comme base d'orientation clinique et thérapeutique en gynécologie) de *Alberto Peralta Ramos.* La Press. Med. Nr. 24. 12 Mars. 1940. 270.

Intr'un articol bine documentat şi ilustrat cu planşe foarte instructive, autorul după ce face amănunţite consideraţii asupra procesului menstrual conchide că dozajul biologic deosebeşte două curbe, una de foliculinemie şi alta de foliculinurie care nu sunt paralele dar care se completează pentru a interpreta turburările menstruale şi tratamentul lor.

Corelaţia simptomatologiei clinice cu curbele foliculinei constitue fundamentul cel mai important pentru diagnostic şi tratament. Şi pentru cunoaşterea acestei corelaţii trebue să avem mereu în memorie fiziologia endocrină a menstruaţiei.

Evoluţia ultimă a menstruaţiei este subordonată fenomenului de ovulaţie biologică a factorului gonado-stimulant în circulaţie, rezultant al acţiunei hormonilor de ovar.

Foliculina are rol esenţial în determinismul menstruaţiei care apare în urma reducerii, rolul corpului galben ar fi numai de întărire.

Variaţiunile clinice ale menstruaţiei şi hemoragiile funcţional ar fi condiţionate de nivelul concentraţiei foliculinei şi de curba de ridicare şi descreştere a acesteia.

Foliculino-terapia în general trebue făcută în doze mijlocii, afară de rari excepţii şi niciodată sub formă de benzoat de dihydro-foliculină.

Apoi trebue totdeauna avut în vedere fenomenul de neutralizare biologică.

Terapeutica substitutivă, în doze slabe, îşi are indicaţia esenţială ca complement al tratamentului gonado-stimulant, acesta din urmă constituind principial tratamentul turburărilor menstruale.

Hemoragii meningee recidivante survenind în perioada de ovulaţie. (Hémoragies méningées récidivantes survenant a la période d'ovulation) de *René S. Mach şi Gilc Meyrat.* La Press. Med. Nr. 25—26. 13—16 Mars, 1940. 292.

Autorii descriu un foarte interesant caz de hemoragie meningiană survenită la o femeie repetat şi periodic tot a 14—16 zi dela data apariţiei menstruaţiei. Bolnava a avut 4 astfel de crize hemoragice şi au fost destul de grave, şi confirmate prin puncţie lombară.

S'au pus aceste hemoragii meningiene pe seama hiperfoliculinemiei ce coincidea ovulaţiei şi drept consecinţă s'a tratat cu corp galben, cu rezultat absolut, bolnava nemai prezentând nicio criză nici după 8 luni de observaţie.

Cazul e interesant prin faptul că aceste crize apăreau nu în momentul perioadei menstruale ca la alte cazuri descrise anterior ci chiar la mijlocul intermenstrului.

Autorii conchid că în perioada de ovulaţie pot surveni o serie de fenomene circulatorii, descrise de altfel în literatură ca: purpura de ovulaţie, hemoragii peritoneale, gingivale şi hemoragiile meningiale nu ar fi decât homologul acestora. Tratamentul lor este terapia cu corpul galben care dă rezultate admirabile.

Dr. D. Căprioară.

Hormonul lactației

pentru prima oară introdus în terapeutică
prin

Suppletan-Salbe

bazat pe faptul că aplicația locală percutană este cel mai favorabil mod de întrebuințare pentru acest hormon.

Indicațiuni: agalactie hormonală, încetarea timpurie a secreției lactate.

Forma de prezentare: tub. orig. cu 20 g.

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Note și informațiuni

Conferința dela Ministerul Sănătății cu Inspectorii Generali Sanitari

A avut loc la Ministerul Sănătății, sub președenția d-lui Prof. dr. Petre Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, conferința Inspectorilor Generali Sanitari conducători de regiuni sanitare.

D-l Ministru prof. Dr. Petre Tomescu a arătat scopul conferințelor periodice cu Inspectorii Generali Sanitari: aceea de a stabili o legătură permanentă directă între Administrația Centrală și organele exterioare de pe teren, obținându-se astfel o informare precisă a Centrului asupra condițiilor de lucru a Serviciilor și o informare directă a acestora, asupra problemelor și preocupărilor actuale ale Ministerului.

Domnia Sa a expus noile îmbunătățiri pe care le-a obținut recent în ce privește salarizarea medicilor de toate gradele subliniind că, medicilor din mediul rural li se vor acorda sporuri la cheltuelile de deplasare și o primă de reședință acelora dela Circ. sanitare aflate în rele condițiuni din punct de vedere al practicei profesionale.

Domnia Sa a arătat posibilitățile de extindere și perfecționare a Invățământului Sanitar auxiliar rezultate din noul Decret-Lege.

D-l ministru prof. Dr. Petre Tomescu a arătat necesitatea de a se lărgi încă și mai mult cadrul atribuțiunilor și responsabilităților conducătorilor de servicii exterioare.

Intr'o serie de ședințe ce au urmat, s'au citit și comentat rapoartele tuturor Inspectorilor Generali Sanitari. In aceste rapoarte s'au analizat condițiunile actuale în care evoluiază toate problemele de sănătate publică în toate regiunile țărei.

D-l Secretar General Dr. I. Stoichița a expus următoarele probleme puse la ordinea de zi:

1. Situația epidemiilor din țară, caracterizată prin posibilitatea unei extinderi a lor, datorită actualelor împrejurări prin care trecem și care necesită o deosebită atențiune din partea tuturor serviciilor sanitare.

2. Școlile de învățământ sanitare auxiliar, organizate în toate părțile țărei în condițiunile prescrise de noul Decret-Lege, au de scop să dea țărei numărul de auxiliari ce ne e necesar în acest moment, auxiliari ce vor fi salariați mai bine ca în trecut.

3. Situația clădirilor sanitare și programul de construcții, necesită o atentă examinare, în vederea terminării în primul rând a lucrărilor începute și a fixărei unui plan de dotare ca instituții a tuturor regiunilor țărei.

4. Descentralizarea Administrației sanitare, deja realizată în parte prin deciziunile ministeriale din luna Aprilie a. c., urmează a fi încă și mai mult lărgită prin o extindere a atribuțiunilor și responsabilității conducătorilor de servicii sanitare.

Proectul de descentralizare a fost amplu discutat, ajungându-se la cele mai practice soluțiuni și alcătuindu-se proectul definitiv ce urmează a fi adoptat de către Minister.

Decrete și deciziuni ministeriale

1. **Prin Decizia Ministerială Nr. 66537** din 24 Octomvrie 1941, publ. în Mon. Of. Nr. 256 din 28 Oct. 1941, d-l prof. Dr. I. Bălteanu, directorul Institutului de igienă și Sănătate publică din Iași a fost delegat consilier tehnic al Ministerului M. S. O. S., având a se ocupa cu prevenirea și combaterea epidemiilor, fiind împuternicit a lua toate măsurile legale, ce va crede de cuviință în vederea acestui scop.

2. Prin Decizia Ministerului Economiei Naționale cu Nr. 96549 din 29 Oct. 1941, d-l Moga Octavian din Sighișoara, farm. Capesius, a fost numit comisar special pe lângă farmacia „Vertes D." din Dumbrăveni, jud. Târnava-mică.

3. **Prin Decizia Ministerului Economiei Naționale cu Nr. 97624,** din 1 Nov. 1941, publicată în Mon. Of. Nr. 261 din 2 Nov. 1941, d-l Boer Aurel din Sibiu, str. Oituz Nr. 5 a fost numit comisar special pe lângă farmacia „Garda Clara" din comuna Tălmaciu, jud. Sibiu.

4. **Prin jurnalul Consiliului de Miniștri Nr. 447 din 15 Oct. 1941,** publicat în Mon. Of. Nr. 262 din 4 Nov. 1941 Ministerul M. S. O. S. a fost autorizat să încheie cu Epitropia Așezămintelor „Caritatea Galateană" o convenție pentru înființarea unui serviciu de chirurgie cu 30 paturi în unul din pavilioanele Spitalului „Elena Doamna" Caritatea Galateană.

Min. M. S. O. S. va contribui cu o subvenție anuală de lei 360.000, în rate lunare de câte 30.000 lei, pentru întreținerea bolnavilor săraci, cu pansamente, medicamente și materiale sanitare necesare.

Personalul medical și auxiliar din acest serviciu va fi prevăzut în bugetul Min. M. S. O. S.

5. **Prin jurnalul Consiliului de Miniștri Nr. 1224/1941,** din ședința din 30 Oct. 1941 s'a decis, ca imobilele aflate în posesiunea Eforiilor Sanitare locale, care nu au personalitate juridică, să fie atribuite spre folosință Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în baza art. 10, alin. 2 din legea pentru organizarea ministerului din 1929, în vederea utilizării lor de către acest departament, pentru satisfacerea nevoilor sanitare ale Țării.

6. Prin Decizia Min. Culturii naţionale şi al Cultelor cu Nr. 264.985 din 1941, d-l Dr. Radu Josan, asistent suplinitor la Clinica II medicală de pe lângă facultatea de Medicină Cluj-Sibiu, să confirmă asistent cu titlu provizoriu, la aceeaşi catedră pe ziua de 1 Iulie 1939 în conformitate cu art. 7 din legea pentru modificarea şi complectarea legilor privitoare la învăţământul superior şi special.

7. Extras din Mon. Of. Nr. 271 din 14 Noemvrie 1941.

Consiliul de Miniştri, în şedinţa dela 11 Noemvrie 1941.

Luând în deliberare referatul d-lui ministru al muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale Nr. 70549 din 6 Noemvrie 1941.

Decide:

Art. I. Medicii care au funcţiunea şi reşedinţa permanentă în comune rurale şi medicii igienişti de plasă, primesc o indemnitate pentru activitate şi merite excepţionale de Lei 2000 lunar.

Art. II. Medicii de circumscripţii sanitare rurale şi medicii de spitale din regiunile ţării cu un nivel economic şi social foarte scăzut primesc o indemnitate de Lei 4000 lunar, pentru activitatea ce depun în interesul sănătăţii publice, în cele mai dificile condiţiuni.

Aceşti medici nu mai primesc indemnitatea prevăzută de art. I.

Art. III. Circumscripţiile sanitare rurale şi serviciile de spitale la care se vor plăti indemnităţile de Lei 4000 lunar, se fixează de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale prin decizie ministerială, motivată şi publicată în Monitorul Oficial.

Numărul acestor circumscripţii sanitare şi servicii de spitale nu va putea depăşi cota de 30 la sută din totalul lor pe ţară.

Art. IV. Indemnizaţiile de mai sus se acordă cu începere dela 1 Octomvrie 1941.

Art. V. D-nii Miniştri dela Departamentele Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi al Finanţelor sunt însărcinaţi cu aducerea la îndeplinire a prezentului jurnal.

Mihai A. Antonescu, General Radu Rosetti, General Ion Sichitiu, Prof. Dr. P. Tomescu, General N. Stoenescu, Const. C. Stolcescu, Constantin D. Buşilă. Nr. 1353.

8. Prin Decizia Ministerială Nr. 113713 din 1941, d-l Dr. Iosif Baba asistent la Clinica stomatologică a facultăţii de medicină din Sibiu, se confirmă pe data de 15 Decemvrie 1940 cu titlu provizoriu ce ocupă, conform dispoziţiunilor art. 7 din legea pentru modificarea şi complectarea legilor privitoare la învăţământul superior şi special.

9. Prin Decizia Ministerială Nr. 71293 din 10 Nov. 1941, publicată în Mon. Of. Nr. 270 din 13 Nov. 1941, d-l Dr. Nistor Pompiliu, inspector g-ral Sanitar al Regiunei Iaşi se detaşează pe ziua de 10 Noemvrie 1941, ca inspector general sanitar central.

D-l Dr. Alexe I., şef de secţie la Institutul de igienă şi sănătate publică din Iaşi, se deleagă pe aceeaşi dată a îndeplini funcţia de inspector general sanitar al regiunei Iaşi.

10. In Mon. Of. Nr. 270 din 13 Nov. 1941, s'a publicat Decretul-Lege pentru organizarea Casei de Economie, Credit şi Ajutor al Corpului didactic.

11. In Mon. Of. Nr. 271 din 14 Nov. 1941, s'a publicat Decretul-Lege Nr. 3198 din 13 Nov. 1941, pentru modificarea art. 363, 365, 367, 368, 369, 371 şi 372 din legea sanitară, publ. în Mon. Of. Nr. 140 din 22 Iulie 1935, referitoare la exerciţiul farmaciei.

Dela Colegiul Medicilor

In şedinţa comitetului executiv al colegiului medicilor între altele s'au decis următoarele: Conform art. 9, al. e) din legea de organizare a colegiului, medicii sunt obligaţi a prescrie medicamente numai pe recepte prevăzute cu timbru sec al colegiului.

Conform art. 42 din legea sus menţionată, medicii evrei vor îngriji numai bolnavi evrei.

S'au dat dispoziţiuni organelor de control să constate aceste abateri, spre a fi sancţionate, în conformitate cu dispoziţiunile prevăzute.

Posturi vacante

In Mon. Of. Nr. 270 din 13 Nov. 1941, s'au publicat vacante următoarele posturi de medici:

Două posturi de medici de circ. la Serv. Sanitar al Municipiului Bucureşti, devenite vacante prin pensionarea d-lui Dr. Gemuvici şi decesul doctorului Dolcescu.

Un post de medic primar de nas-gât şi urechi la Spitalul de Stat Timişoara.

Domnii medici, care întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela inserarea prezentei în Mon. Of.

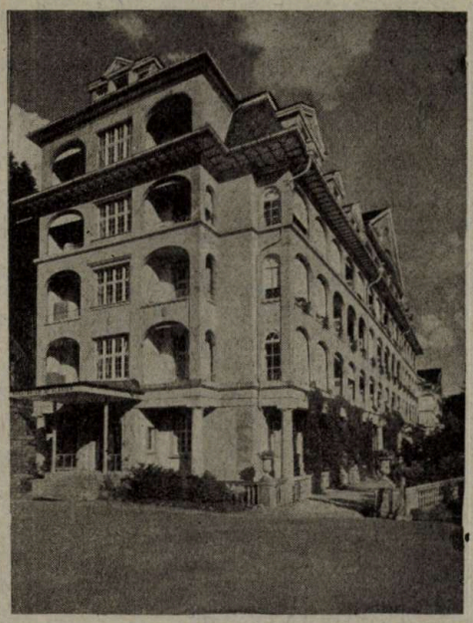
In Mon. Of. Nr. 256 din 28 Oct. 1941, s'a publicat vacanţa pe ziua de 1 Nov. 1941, a unui post de medic consultant pentru asistenţa medicală a funcţionarilor la Casa de Depuneri şi Consemnaţiuni, retribuit cu un salariu bugetar de Lei 12.100 (Grupa A/13, tip. 27)

Concursuri

In baza art. 363 şi 369 din decretul-lege promulgat prin Mon. Of. Nr. 271, partea I, din 14 Nov. 1941, Ministerul Sănătăţii aduce la cunoştinţa generală, că fiind vacante un număr de 300 farmacii urbane şi

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condiţiuni climatice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într'o poziţie privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:
în camere pt. două persoane dela RM 9
în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Şef: **Profesor Dr. A. Backmeister**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN
Südl. Bad. Hochscwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

LA GRIPĂ ŞI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ŞI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB à 10 TABLETE
TUB à 20 TABLETE
ETUIS à 6 TABLETE

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREŞTI

Pervitin

1 phenil - 2 methyl - amino propan

Hypotonie și Collaps circulator

după operații și boli infecțioase

Stimulent psihic

în depresiuni, psihoze și narkolepsie

Analeptic puternic

pentru deșteptarea din narcoze și intoxicații grave

Temmler Werke, Berlin

Brosedan

Sedativ, lichid cu brom și drojdie de bere

Terapia bromică fără efecte secundare!

Brosedan ușor de amestecat în alimente, ușurează administrarea dietei achlorurate

Brosedan e inofensiv, ușor de administrat și cu acțiune durabilă

Indicații: stări de iritabilitate, tireotoxicoze, turburări climacterice, hypertonie, maladia razelor.

Temmler Werke, Berlin

Pentru România: **Dr. Alexandru Radu, Bucureşti 3,** Str. Sofia 30

rurale, se publică examenul de clasificare, pentru ziua de Vineri, 19 Dec. 1941, ora 9. Examenul se va ține în localul Ministerului din calea Plevnei Nr. 19.

La examen se pot prezenta toți farmaciștii licențiați. Nu sunt admiși acei mai în vârstă de 50 ani, precum și acei care au obținut o concesie prin concurs, dar au înstrăinat-o.

Candidații la acest examen vor depune, conform legii, până în seara zilei de 9 Decemvrie 1941, la Direcția farmaciilor din Ministerul Sănătății, următoarele acte:

1. Act de naștere.
2. Act de origină etnică.
3. Act de necondamnare.
4. Act de naționalitate.
5. Mon. Of. cu dreptul de libera practică a farmaciei din țară.
6. Memoriu scris de activitate profesională socială, de titluri și de lucrări.

Condițiunile speciale de examen sunt publicate în Monitorul Oficial Nr. 274 din 18 Noemvrie 1941.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Die Medizinische Welt. Nr. 40. vom 4. Oktober, 1941.

Der heutige Stand der Goldbehandlung: Prof. Dr. H Alexander
Die methodische Verwendbarkeit der electrischen Hautphänomene: Dr. E. Bornemann.
Was ist aus der Arbeit unserer Krebsabteilung für den praktischen Arzt von Bedeutung?: Doz. Dr. H. Peichenmiller.
Der Beweiswert der erbbiologischen Vaterschaftsuntersuchung: H. Leme.
Alexander v. Humboldt, der Begründer der vergleichenden Klimatologie.: Dr. E. v. Philipsborn.

Nr. 41. vom 11. Oktober, 1941.

Die Art der Eiweissernährung als Grundlage körperlicher Leistungssteigerung: Prof. Dr. A.
Die akuten Erkrankungen der Luftwege im Kindesalter unter besonderer Berücksichtigung der Bronchitis: Prof. Dr. H. Brüning.
Funktionelle Diagnostik: Dr. O. Lipross.
Über ein neues Abführmittel: Dr. A. Eppenauer.
Die Zeit des Paracelsus: Prof. Dr. F. Lejeune.

Nr. 42. vnm 18 Oktober, 1941.

Nachbehandlung des Amputationsstumpfes: Prof. Dr. M zur Verth.
Die Behandlung der konnatalen Syphilis: Prof. Dr. B. Spiethoff.
Die Art der Eiweissernaehrung als Grundlage körperlicher Leistungssteigerung (II): Prof. Dr. A. Bickel.
Was kann ich prophilaktisch gegen Haemorrhoiden tun?: Prof. Dr. K. Ludloff.
Zur Geschichte der Urologie: Dr. H. V. Bühler.
Die Erbschafts-bezw. Schenkungssteuer: Dr. jur. Cordes.
Die neue Lohnsteuertabelle vom 1. October 1941: Dr. jur. Wuth.

Nr. 43. vom 25. October, 1941.

Über das Krankheitsbild der Bauhhöhlenshwangerschaft: Prof. Dr. F. A. Wahl.
Über den heutigen Stand der Vitaminforschung auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe (I): Doz. Dr. habil. G. Gachtgens.
Neuro-vegetative Störungen in Klinik und Praxis: Dr. E. Schneider.
Blutalkoholbestimmung, ihre Ausführung und ihre Bedeutung für die gerichtliche Medizin und die Gutachtertaetigkeit, sowie die möglichen Fehlerquellen (I) Prof. Dr. K. Walcher.

Nr. 44. vom 1. November, 1941.

Zur Behandlung des eitrigen Brustfellergusses: Prof. Dr. M. Ernst.
Über den heutigen Stand der Vitaminforschung auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe (II); Doz. Dr. habil. G. Gaehtgens.
Die Behandlung der Cystitis und Gysto-Pyelitis in der Gynäkologie und Geburtshilfe: Dr. E. Waldeyer.
Blutalkoholbestimmung, ihre Ausführung und ihre Bedeutung für die gerichtliche Medizin und die Gutachtertaetigkeit, sowie die möglichen Fehlerquellen (II): Prof. Dr. K. Walcher.
Der Einfluss des Wetters auf Gesunde und Kranke: Prof. Dr. A. Mayer.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 40. vom 3. Oktober, 1941.

Unsere heutigen Kenntnisse auf dem Gebiete der Paradentopathien: Wannenmacher.
Bakteriologische und morphologische Untersuchungen an Tonsillen und Organen der Leiche. Ein Beitrag zur Frage der Herdinfektion: Rabl und Wüstenberg.
Zum Stande der Neurolues-Therapie in der Gegenwart: Kihn:
Über eine Vergistung mit Selenwasserstoff.: Senf.
Probleme zur Frage der Krankheit und Arbeitsunfaehigkeit.: Italienischer Brief: Ferrari.
Behandlung bei rezidivierender Lumbalgie.: Scholtz.
Phlebektasien während der Schwangerschaft.: Ratschow.

Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 41. vom 10. Oktober. 1941.

Ulkusgenese und Ulkustherapie: Eppinger.
Insulinschockbehandlung des Ulkus: Gülzow.
Über ambulante Behandlung des Ulcus verticuli und duodeni in der Allgemeinpraxis mit Sexualhormonen: Focken.
Die Prognose des chirurgischen Eingriffs beim Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür: Nordmann.
Beobachtungen und Untersuchungen bei dem Wiederauftreten der Haffkrankheit: Vogt.
Praxisübernahme und Kinderbeteiligung im ärztlichen Beruf: Vuth.

Nr. 42. vom 17. Oktober, 1941.

Was verstehen wir unter Tropenkrankheiten: Büngeler.
Ulkusgenese und Ulkustherapie (Schluss): Eppinger.

Zur Lokalbehandlung von Verbrennungen mit sulfonamidhaltigen Salben: Hrad.

Bedeutung der genitale Hypoplasie: Mayer.

Beobachtungen und Untersuchungen bei dem Wiederauftreten der Haffkrankheit (Schluss): Vogt.

Nr. 43. vom 24. Oktober. 1941.

Kritische Besprechung der Sexualhormontherapie: Schröder.

Kritische Bewertung der Hormontherapie. Häufige Fehler in der Anwendung der weiblichen Keimdrösenhormone.: Kaufmann.

Kritische Bemerkungen zur Frage der Hormontherapie von Laktationsvorgängen: Fauvet.

Die Behandlung mit Gelbkörperhormon bei Operationen am schwangeren Uterus: Albers.

Unsere Erfahrungen mit dem Stilbenpräparat „Cyren": Wollmann.

Friederich Umber zum 70 Geburtstag: Störring.

Sulfanilamid in der Behandlung von Wunden. Bemerkungen zur Umschau in Nr. 35. S. 1186: Bosse.

Tryptophanreaktion im Liquor bei tuberkulöser Meningitis: Jahnel.

Toxische Wirkung einer gleichzeitigen Verabreichung von Luminal und Sulfathiazol?: Heubner.

Wiener Klinische Wochenschrift. Nr. 40. vom 3. Oktober, 1941.

Die phisikalische Therapie des Rheumatismus: Weitzmann G.

Aufgaben der Heilstättenbehandlung bei Tuberkulose: Poindecker.

Einrichtung und Aufgaben der Neugeborenenstation: E. Gasser.

Nr. 41. vom 10. Oktober, 1941.

Pathogenese und Prophylaxe der Kindertuberkulose: F. Hamburger.

Doppelseitiger Pneumothorax: V. Cepulie.

Die Kehlkopftuberkulose: E. Wessely.

Über Veränderungen an den Lungengefässen bei Lungenentzündungen: M. Fossel.

Über Bestrahlungen strömenden Blutes mit Quarzlicht: V. Pranter.

Nr. 42. vom 17. Oktober, 1941.

Welche Gesetzmässigkeiten beherrschen die geweblichen Veränderungen bei der Knochentransformation?: K. Häupl.

Cholecystektomie im hohen Alter: Czembirek L.

Zuz Frage der Blutstillung: D. Nitsche.

Nr. 43. vom 24. Oktober, 1941.

Das Klimakterium der verschiedenen Konstitutionstypen: A. J. Amreich.

Erhaltung der Tube bei Tubargravidität: G. J. Gauss.

Einfluss und Wirkung des Nebennierenrindenhormons in der Frühgravidität und bei Hyperemesis gravidarum: E. Posatti.

Zur Frage der operativen Behandlung der Aplasia vaginae: H. Tasch.

Professor Dr. Karl Hitzenbergert: H. Kutschera Aichbergen.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 38. vom 20. September, 1941.

Beitrag zur Klinik de Chordome: Fritz Jenny.

Zur Frage der Primärtuberkulose des Erwachsenen: Peter Bernoulli.

Über habituelle Konstipation und ein neues Stuhlbeförderungsmittel, das Pursennid: K. Kottmann.

Zur Frage der unschädlichen Hautreinigung: W. Burckhardt.

B_2 — Vitaminanwendung in der Praxis: Ladislau Mosonyi.

La première phase dur cycle évolutif des Plasmodiums chez les vertébrês: Luigi Carozzi.

Kleinplasma-Determination, Kausalität und Finalität: J. Strebel.

Nr. 39. vom 27. September, 1941.

Paracelsus zwischen zwei Jahrhundertfeiern: Raymund Netzhammer.

Paracelsus, Statdtarzt von Basel: Hans Karcher.

Paracelsus und St. Moritz: Th. Oettli.

Paracelsus und die Grundlagen der ärztlichen Kunst: Ed. Jenny.

Über die drei Grundgesetze der paracelsischen Schriften: J. Strebel.

Quid est Archeus? Archeus als individuelles und kollektives Seelenprinzip des Mikro- und Makrokosmos: J. Strebel.

Paracelsus als Erbforscher, Eugeniker und Praktiker der Vitaminleehre: J. Strebel.

Die paracelsische Renaissance: Alfred Greil.

Der Schalk in Paracelsus: J. Strebel.

Nr. 40. vom 4. Oktober, 1941.

Der junge Paracelsus: Hans Fischer.

Paracelsus als Arzt: C. G. Jung.

Une indication particulière de la thoracoplastie apicale: G. Rossel.

Zur Steigerung des Wirkungsgrades der Tuberkulose-Fürsorgearbeit: Rob. Kipfer.

Nr. 41. vom 11. Oktober, 1941.

Über Laënnecsche Leberzirrhose: F. Wuhrmann.

Leberzirrhose und perniziöse Anämie: H. W. Hotz.

Beobachtungen über die Aetiologie der Reizleitungsstörungen: E. Attinger.

Behandlung sekundärer Anämien mit Ferrum 3585: Leopold Feil.

Ergebnisse der Behandlung des postenzephalitischen Parkinsonismus mit Belladonna-Wurzelextrakt (Bulgakur): H. D. von Witzleben.

Kropfprophylaxe und Diensttauglichkeit: H. J. Wespi und H. Eggenberger.

Nr. 42. vom 18. Oktober, 1941.

Die Leberparemchymtherapie: W. Nonnenbruch.

Die Wirkung von Ephedrin bei Myasthenia gravis: J. H. Burn.

Die Bedeutung der sogenannten Weck-Amine für die Neurologie und Psychiatrie: J. E. Staehelin.

Praktische Erfahrungen mit der Depot-Behandlung der Nebenniereninsuffizienz: S. Thaddea.

Über den peripheren Angriffspunkt des Priscols am Gefässsystem: Rolf Meier und Rud Th. Meier.

Les recidives de l'acrodynie infantile: M. Péhu.

Über die Therapie mit organischen Phosphorpräparaten: Emil Bürgi.

Die Behandlung des sogenannten idiopathischen Spontanpneumothorax: A. Brunner.

Perandren bei schlechter Kallusbildung: E. Hagenbach.

Unsere Erfahrungen bei der Trachombehandlung mit Abucid: Albert Botteri und Peter Sokolié.

Die Behandlung der Augenentzündungen des Neugeborenen: A. Brückner.

Zur Behandlung der Meriereschen Schwindelanfälle: E. Lüscher.

Die Behandlung der Orientbeule (Hautleishmaniose): Alfred Marchionini.

Skabiesbehandlung mit Benzylbenzoat: W. Lutz.

Nr. 19. vom 1. Oktober, 1941.

Blutungen ausserhalb der Regel und ihre Therapie: Dr. M. Penkert.

Mumien und Schlummerzellen: B. Ostertag.

Epicondylitis lateralis humeri: Remmer Andreesen.

Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung, Nr. 20. vom 15. Oktober, 1941.

Über ambulante Einstellung bei Diabetes, unter besonderer Berücksichtigung der Dauerinsuline: Dr. Greiff.

Ein Beitrag zur Frage der Hysterosalpingografie: Dr. Wilhelm Adams.

Sinn und Wesen der Diphterieschutzimpfung: Prof. Dr. de Rudder.

Fliegenmaden zur Wundbehandlung: Dr. Fritz Johannessohn.

Wie sind die Immunitaetsverhaeltnisse bei der Scharlachschutzimpfung: Prof. Dr. H. A. Gins.

Fortschrifte der Therapie, Heft 9, September, 1941.

Ruhe unde Arbeit als therapeutische Prinzipien: W. Hollmann.

Die röntgenologische Bestimmung der geraden Durchmesser des Beckens: A. Wiessmann.

Übersicht über das neuere Nierenschrifttum: B. Schücking.

Der Landarzt, Nr. 39. vom 24. September, 1941.

Das Schlammfieber: Hans Lipp.

Der Heublumensack: Dr. Fritz Wagner.

Nr. 40. vom 1. Oktober, 1941.

Paracelsus, der Künder einer neuen Heilkunde: Dr. Hoffmann.

Paracelsus, sein Leben und Wirken im Lichte neuerer Forschungsergebnisse: Hans Lipp.

Nr. 41. vom 8. Oktober, 1941.

Ulcus cruris: Dr. med. Fritz Wagner.

Durchbruch zum Rassegedanken: Hermann Welke.

Hippokrates, Nr. 40. vom 2. Oktober, 1941.

Neuere Erkenntnisse zur Frage „Unfall und Alkohol„: Jungmichel.

Die Erscheinungen der Lumineszenz, insbesonders Fluoreszenz im Zusammenhang mit der Wirksamkeit von Arzneistoffen in grosser Verdünnung: Haberlandt.

Kulturgeschichtliche Betrachtungen über die Hagebutte: Pezold.

Welche Therapie erscheint bei der toxischen Diphtherie neben der Serumtherapie als die erfolgreichste?: Büttner.

Aus altem homöopathischen Schrifttum: Schier.

Nr. 41. vom 9. Oktober, 1941.

Homöopathie und Schulmedizin: Stiegele.

Die tuberkulöse Erstinfektion des älteren Schulkindes: Viethen.

Wie kann man an sogenannten flüchtigen Verschattungen der Lungen ihre tuberkulöse Natur erkennen oder ausschliessen?: Martens.

Zwischen Säuren und Alkalien: Saller.

Die Bedeutung des Vitamins C für die natürlichen Abwehrkräfte des Organismus: Schroeder.

Wann geben die Gaumenmandeln Anlass zur chirurgischen Behandlung?: Lautenschläger.

Nr. 42. vom 16. Oktober, 1941.

Billige Säuglingsernährung: Peiper.

Mandelbehandlung mit Ozonbegasung: Zabel.

Zwischen Säuren und Alkalien: Saller.

Aus der psychotherapeutischen Praxis: Hayer.

Das deutsche Element in der Entwicklung der dänisch-norwegischen Schulmedizin: Roemisch.

Folia Therapeutica, Heft 9. September, 1941. 1. Jahr

Folia Therapeutica, Heft 10. Oktober, 1941. 1. Jahr

† Doctorul Ion Corcan

1899—1941

O veste tristă din Timişoara ne-a adus ştirea morţii premature a doctorului Ion Corcan. In vremile eroice pe care le trăeşte acum poporul românesc trebue să ne amintim mai mult ca oricând că acest om a fost elevul şcoalei oto-rino-laringologice din Cluj.

Moartea unui român de elită este destul de amară pentru noi. Avem impresia că pierdem din energiile acelea pe care le insufleţesc emoţiile unor peisagii care trebuesc mereu reimprospătate.

Doctorul Ion Corcan s'a născut în Banat şi a fost un reprezentant devotat al profesiunei sale în Timişoara. El a colaborat în mod efectiv de mai multă vreme la Revista Ştiinţelor Oto-Rino-Laringologice. A publicat două studii, în această revistă învingând o inerţie adesea obişnuită dar neîndreptăţită pe planul activităţii ştiinţifice pentru medicii cari se depărtează de centrele universitare. A cultivat astfel dragostea pentru ştiinţă câştigându-şi prin propriul său efort identitatea spirituală în cadrul activităţii medicale româneşti.

Corcan a fost o fire activă, iar moartea sa la numai o vârstă de 42 ani nu reprezintă finalul necesar al vieţii sale. El n'a putut să-şi cucerească moartea, fiindcă aceasta l-a surprins prea timpuriu pentru a realiza o încoronare a unei cariere medicale pe pământ.

Noi ştim că oricine moare din anumite motive cari n'au nimic a face cu propria vieaţă spirituală. Moartea însă nu poate fi decât fără sens la omul care se pierde în plină desfăşurare a unei activităţi importante.

Viforoasele şi glorioasele vremi pe care România le trăeşte acum cer mai mult decât în trecut ca moartea fiilor săi să reprezinte o apoteoză de martir, de erou sau de încoronare a unor iniţiative veşnic active.

De aceea felul cum ne părăseşte colaboratorul nostru printr'o trădare a corpului său învins de o adversi-

tate exterioară pe un drum neterminat, în vremea de azi constitue omenește judecând un sfârșit tragic.

Am pierdut încă un clujan ca spirit și ca exprimare profesională în cadrul vieții noastre medicale, un creator și un slujitor al vieței românești pe planul activității sale în părțile de Vest ale României. De aceea n'am putut lipsi dela datoria noastră de oameni și de români fără a însemna acest fapt cu toată tristețea care o înconjoară.

* * *

Corcan este al doilea colaborator al revistei noastre pe care-l pierdem dela înființarea ei. El a fost un colaborator autentic integrat spiritului care animă această publicație, nu un simplu figurant pe copertă. El a căutat să trăiască deci la această publicație împreună cu noi o experiență personală nu o vieață de ficțiuni așa cum unii din contimporanii noștri mai cred că pot trăi din definițiuni false în esența lor.

Corcan a meritat să fie elogiat totdeauna prin ținuta lui de luptă în fața vieții, prin credința pe care a avut-o în dreptul său la progres alăturându-se în paginile revistei noastre unui ideal moral și spiritual demn de acest nume. El nu și-a făcut iluzii cari să aparțină unui scop eronat. El a avut o adâncă înțelegere asupra lucrurilor existente: a știut că nimeni nu poate exista dacă nu luptă pentru situația pe care o are și că nimeni nu poate progresa dacă nu vrea o nouă transformare a ceea ce posedă de fapt pe un plan mai înalt.

Integrându-se în cadrul spiritual al revistei noastre Corcan s'a smuls la timp din impasul unui anumit elan politic medical care-l ademenise în mrejele unui fals idealism. Fiindcă acțiunea politică chiar în cadrul carierei medicale este ignorantă de orice ideal moral ori spiritual. Fiindcă politica oricare ar fi câmpul activității sale este o meserie urâtă. Ea nu reprezintă altceva decât un mijloc de creștere și de menținere a unei anumite puteri, scop care primează orice altceva și pentru care orice altă considerațiune nu intră în scenă decât ca tehnică posibilă ori preferabilă.

In felul acesta colaboratorul nostru s'a sustras deziluziilor catastrofale ne mai fiind expus falselor speranțe. Căci cine crede în omul politic crede în vid. El s'a ridicat în interior asupra nivelului vieții elementare care este aceea a oricărei activități de pură practică medicală în sens economic și n'a mai crezut nici în idolul politic care ne-a făcut să suferim în țara asta atâta pe toți. El s'a ridicat la înălțimea unui adevărat înțelept deoarece a atins superioritatea în care și-a dat seama că centrul vieții nu-l constitue numai existențele naturale cari sunt servite de legile stomacului.

Omul pe care-l elogiez a dat dovadă că nu sufere nici de cecitate intelectuală și nici de relaxare morală ca stigmat al vreunei infirmități fiziologice, deoarece s'a convins la timp că cea mai necurată parte a vieții umane pe pământ este meseria de politician oricare ar fi câmpul activității sale: arena medicală sau arena extramedicală. Nu vorbim de omul politic excepțional care este profet și care este rar și de cel comun de a cărui contrariere ne isbim în nizuințele spre progresul supra-personal.

Corcan a călcat fără sfială pe iluziile elementare între care se enumeră și caracterul sacru al «politicei colegiale» această urâtă excrescență a vremilor barbare care impiedică progresul. Prin acțiune el a știut să meargă continuu pe drumul adevăratului progres în sens real, nu numai mai bun prin simpla definiție.

Fiecare dintre noi am asistat și participat la iluzii și deziluzii, Mulți dintre noi am pierdut destul prin efectul războaelor și al dislocărilor noastre, dar niciodată n'am pierdut bunurile noastre spirituale.

Dacă revista noastră a pierdut un nou colaborator, dacă bolnavii au pierdut pe medicul Corcan, exemplul vieții în care el a trăit și în care el a cultivat în același timp iubirea și distanța, rămâne ca un simbol de perpetuă prețuire pentru orice vieață dincolo de moartea sa. Și acesta este cu adevărat un bun spiritual pe care nu-l vom pierde niciodată.

G. B.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, Bucureşti

Redacţionale

Toată corespondenţa referitoare la chestiuni de redacţie şi administraţie se va adresa: Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale şi articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăşi 5 pagini de revistă. Costul tiparului peste 5 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul şi un mic rezumat în româneşte, franţuzeşte şi nemţeşte.

Costul extraselor îl priveşte pe autor şi jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică şi polemică ce vizează persoane, ca şi articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din ţară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în româneşte, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina şi anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clişeelor priveşte pe autori şi vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 400. Pentru autorităţi 600 Lei. Pentru studenţi 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poştale pe adresa: Administraţia Ardealul Medical, Clinica ginecologică şi obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Casierul Revistei este d-l Dr. O. Fodor.

Domnii abonaţi sunt rugaţi să anunţe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînţelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunţurile se angajează direct prin Administraţia revistei cu tariful următor:

1 pagină odată 3.000, 3 ori 8.000, 6 ori 15.000, 12 ori 25.000 Lei
1/2 „ „ 2.000, „ 5.000, „ 8.000, „ 15.000 „

Pentru encartage se plăteşte 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunţuri plasate pe pagina recto se socoteşte un plus de 30%.

Pentru anunţuri periodice (băi, staţ. balneare, staţ. climaterice etc.) se plăteşte un plus de 50%.

4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
Neptal
DIURETIC MERCURIAL
cu acţiune puternică şi rapidă
INDICAŢII
PREGĂTIREA LA MEDICAŢIA TONI-CARDIACĂ
A REVĂRSĂRILOR DE ORIGINĂ CARDIO-RENALĂ
REDUCEREA EDEMELOR ŞI
RESORBIREA REVĂRSĂRILOR PERITONEALE
NEPTALUL CONSTITUE DEASEMENEA
O MEDICAŢIE ANTISIFILITICĂ
ELECTIVĂ A CARDIO-AORTITELOR
în injecţii intramuşchiulare intraperitoneale sau intravenoase.
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8e)

Anul I. Nr. 12. Decemvrie 1941.

„ASOCIAȚIUNEA" SIBIIU

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXII Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:
Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Secretar de redacție:
Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:
Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Dr. I. Cosma, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichița, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. M. Teleman, Prof Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Conf. Dr. I. Voicu, Dr. V. Weindel.

REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
Clinica ginecologică și obstetricală Cluj—Sibiu, str. Haller Nr. 1
Telefon 45

SUMARUL:

Medicină de război:

Prof. **Dr. Alexandru Pop**: Tratamentul fracturilor deschise de război a membrului inferior în spitalele de zonă interioară . . . . . Pag. 427
Prof. **G. Buzoianu** și **Ambruș Ion**: Observațiuni clinice oto-rino-laringologice de război „ 430
Dr. Prăgoiu Ioan: Patologia corpilor străini de război . . . . . „ 432
Med. Cpt. **Dr. Aurel Nana**: Transfuziile sanghine în timp de război . . . . . „ 435
Conf. Dr. I. Gavrilă: Chimioterapia în infecțiile de război . . . . . „ 440
Lt.-Col. **Dr. I. Ursu**, Maior **Dr. N. Mihail** și **Dr. Nicolae Bumbăcescu**: Problema tuberculozei pulmonare în război . . . . . „ 443

Organizare sanitară de război:

Medic Lt.-Col. Dr. Liviu Ursu: Spitalele de zonă interioară . . . . . „ 448
Dr. Dumitru Căprioară: Considerațiuni cu privire la organizarea și funcționarea serviciului sanitar în campania actuală . . . . . „ 452
Medic Lt.-Col. **Dr. I. Ursu**, Medic Maior **Mihail Nic.** și **Dr. Nicolae Bumbăcescu**: Necesitatea înființării secțiilor de boli pulmonare pe lângă spitalele corpurilor de armată „ 455
Medic Maior Dr. Ion Gavrilă: Organizarea și activitatea Spitalului de Z. I. 482, Sibiu „ 458

Medicină preventivă în război:

Prof. **Dr. Gh. Popoviciu**: Ocrotirea copilului în război . . . . . „ 461

Conferință de tuberculoză:

Conf. Dr. I. Daniello: Spre o colaborare internațională eficace în domeniul combaterii tuberculozei . . . . . „ 466

Revista cărților . . . . . „ 467

Bolile prin virusuri ale omului de Prof. *Dr. med. E. Hagen.* — Tratamentul cu băi parțiale progresive de Prof. *Dr. Fritz Brauch.*

Note și informațiuni . . . . . „ 468

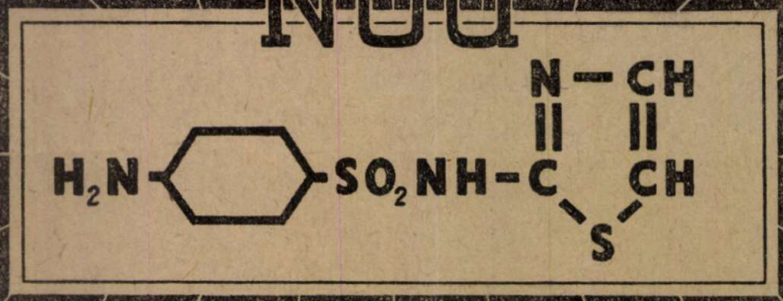
Decrete și Decizii. — Posturi vacante. — Concursuri.

Bibliografie . . . . . „ 469

Număr consacrat Medicinei de război

Inscrisă la Tribunalul Sibiu, Secția II-a, sub Nr. Fl. 47/1941. — Tipografia „DACIA TRAIANĂ" S. A., Sibiu

NOU



Eleudron

2-Amino-benzol-sulfo-amido-thiazol (Sulfathiazol)

PREPARAT CHIMIOTERAPEUTIC

foarte eficace în

Infecțiunile gonococice

Infecțiunile pneumococice

Infecțiunile stafilococice

Infecțiunile meningococice

Absorbțiune și eliminare rapidă și completă, fără nici un risc de acumulare.

Toleranță perfectă.

Tub cu 20 tablete de 0,5 gr.

»*Bayer*« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREȘTI 1, STR. BREZOIANU 53

UN PRODUS CHIMIC ROMÂNESC

SEPTICEMII

SCARLATINĂ
ERIZIPEL
ENDOCARDITĂ LENTĂ
AVORTURI SEPTICE
FĂCERI COMPLICATE
AMIGDALITĂ

SULFAZOL

TABLETE

HYGEA

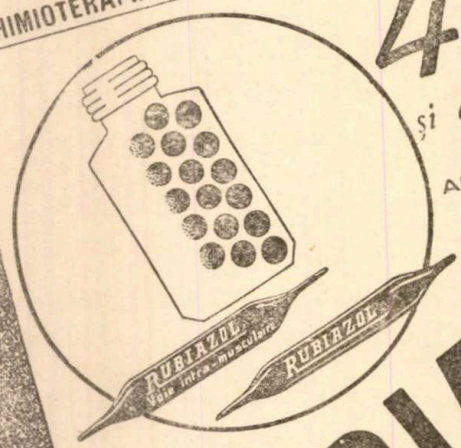
FABRICA HYGEA CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCIILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL

COLORANT AZOIC

este

CEL MAI ACTIV și COMPLECT ATOXIC

DOZA ZILNICĂ:

6-12 comprimate

2-3 fiole

LABORATOIRES dr LR DU Dr ROUSSEL-PARIS

Eşantioane Medicale şi literatură la:

Reprezentanţa generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREŞTI, III

Telefon 221.38

Anul I. Decemvrie 1941 Nr. 12

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL Anul XXII — SIBIUL MEDICAL Anul VII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ Anul V

REVISTĂ MEDICALĂ ŞI SANITARĂ LUNARĂ

Medicină de război

Tratamentul fracturilor deschise de război a membrului inferior în spitalele de zonă interioară

de

Prof. **Dr. Alexandru Pop**

Fracturile deschise de război în marea lor majoritate sunt cauzate de proectilele armelor de foc. Din cauza agenţilor vulneranţi pe de o parte şi a mecanismului prin care ele se produc pe de altă parte, fracturile deschise de război diferă de cele accidentale din timp de pace prin cantitatea de ţesut lezat, prin gravitatea distrucţiilor şi în special prin complicaţiunile care se ivesc pe urma împrejurărilor grele în care ele evoluiază până ce pot ajunge într'un serviciu capabil să institue metoda de tratament definitivă.

Variaţiunea de tratamente datorită multiplelor evacuări a răniţilor până ce ajung în zona interioară şi instituirea întârziată a metodelor terapeutice definitive, face ca tratamentul definitiv al acestor fracturi să întâmpine o mulţime de greutăţi, din cauza infecţiunii destul de grave şi a procesului de consolidare în poziţie vicioasă, uneori destul de avansat.

In cele ce urmează nu introduc nimic nou în capitolul fracturilor deschise, şi doresc numai să atrag atenţia asupra vechilor metode, în special în ceea ce priveşte indicaţia lor şi rezultatele pe care le oferă.

In evoluţia unei fracturi deschise distingem două perioade mai mult sau mai puţin distincte, care la rândul lor impun tot atâtea principii de tratament.

Prima perioadă, adică aceea a fracturii recente şi care în raport cu mărimea orificiului de comunicare cu exteriorul se poate întinde până la 12—16 ore dela rănire, reclamă o serie de metode de tratament, care fac parte din grupul metodelor de tratament cât mai de vreme aplicate.

A doua perioadă, cu vechime mai mare de 12 ore dela rănire, adică perioada fracturilor deschise complicate cu infecţiuni, necesită o combinaţiune de tratamente care se vor adresa atât focarului de fractură cât şi procesului septic supra-adăogat.

Fracturile deschise din prima perioadă de evoluţie nu le întâlnim în zona interioară decât în mod cu totul excepţional, deci nu mă ocup cu ele aci; rămâne ca să fac câteva consideraţiuni de terapeutică a celor din grupul al doilea, adică a fracturilor deschise infectate.

Fracturile deschise ale coapsei şi gambei în timp de război se prezintă într'o proporţie de 85% cu aspectul anatomo-patologic al unei soluţii cominutive de continuitate. Această fractură cominutivă se datoreşte în cea mai mare parte contactului direct a proectilului metalic, de formă neregulată (schijă) cu osul, unde desvoltă adeseori o acţiune asemănătoare unei explozii.

Caracterul de explozie se datoreşte suprafeţii mare de contact a proectilului cu osul, susţinut în acţiunea sa de contractura puternică reflexă a musculaturii din regiune.

Numărul mai redus, de aproximativ 15% a cazurilor, o formează fracturile deschise simple cu plagă în seton, cauzate de proectilele mici de infanterie. La acestea fractura poate fi parţială sau totală, cu linia de fractură transversală sau oblică.

Distrucţia ţesuturilor moi se comportă din punct de vedere al gravităţii în raport cu distrucţia oaselor.

La fracturile deschise simple părţile moi prezintă distrucţii cauzate de proectil sau de fragmentele osoase.

Aceste distrucţii sunt însoţite de tulburări funcţionale locale trecătoare.

La fracturile cominutive deschise ţesuturile moi se distrug prin efectul exploziv pe de o parte şi prin

acţiunea eschilelor osoase multiple pe de altă parte, iar interstiţiile se îngustează pe o durată mai lungă din cauza spaţiului mai mare pe care îl ocupă osul fracturat cominutiv şi dislocat. Ingustarea interstiţiilor provoacă tulburările funcţionale (circulatorii, nervoase şi motorii) mai accentuate şi deci creiază un mediu mai potrivit desvoltării procesului septic. La fracturile simple îngustarea interstiţiilor, cauzată mai mult de revărsarea de lichide şi numai foarte puţin de dislocaţia fragmentelor este mai uşoară şi mai de scurtă durată.

Infecţiunea încuibată în ţesuturile lezate determină o supuraţiune destul de timpurie la care ia parte toate straturile împreună cu fragmentele osoase fracturate.

Această plagă constitue o fractură deschisă infectată, care duce la o supuraţie asemănătoare cu aceea a osteomielitelor.

Fracturile deschise nu trebuesc confundate cu osteomielitele, ele de fapt sunt nişte plăgi infectate la care participă şi osul.

Propagarea infecţiunii din plagă în canalul medular, putând să determine o osteomielită, survine foarte rar. Fracturile deschise evoluiază cu ascensiuni mai mici de temperatură şi cu o stare generală bună, ceea ce de asemenea pledează contra unei osteomielite. Dislocarea eschilelor osoase, acompaniată de acţiunea procesului septic face ca să se prelungească timpul de cicatrizare şi prin urmare calusul să perziste timp mai îndelungat în faza sa de evoluţie fibroasă. Această întârziere, în cazurile noastre ne-a permis să ne abatem dela indicaţia clasică a metodelor de tratament în sensul că am aplicat metodele şi în cazuri care s'au prezentat cu totul tardiv, după 6—8 săptămâni dela rănire, obţinând modificări favorabile, destul de apreciabile.

Aceste consideraţiuni de fiziopatologie prezintă o importanţă foarte mare în alegerea metodei de tratament.

Cazurile noastre de fracturi deschise ale membrului inferior se recrutează din răniţii evacuaţi din spitalele de campanie sau din cele de zonă interioară. Primii ne-au parvenit după un interval de 5—8 zile dela rănire, iar cei din urmă după 14—28 zile.

O parte dintre fracturaţi s'au prezentat cu mijloace de imobilizare provizorii pentru transport, partea cea mai mare însă cu aparate de imobilizare definitivă. Acestea din urmă erau în marea majoritate a cazurilor prevăzute cu fereastră, unele însă erau complet închise. Ba ne-a fost dat să întâlnim două cazuri de fracturi deschise ale gambei drenate cu meşe de tifon şi acoperite cu aparat gipsat oclusiv.

Tratamentul nostru începe cu verificarea radiologică a poziţiei anatomice a oaselor fracturate. Această verificare o facem prin două radiografii, în două poziţii păstrând aparatul de imobilizare.

Între cele 23 de cazuri de fracturi deschise ale membrului inferior internate în serviciul nostru nu am găsit niciun singur caz la care contenţiunea fragmentelor, quo ad functionem, să fi fost mulţumitoare. Prin urmare am fost nevoiţi să îndepărtăm toate aparatele de imobilizare, instituind în fiecare caz o imobilizare a membrului cu extensie Kirschner pe atelă Böhler cu o tehnică adecuată cazului.

Fracturile deschise ale femurului prin armă de foc se consideră aproape în totalitatea cazurilor drept fracturi infectate. După unii autori infecţia se întâlneşte până la o proporţie de 90% din cazuri.

Atunci când dela început nu se institue un tratament raţional, sistematic şi cât mai precoce, gravitatea fracturilor se trădează fie prin un procent mare de mortalitate, până la 42% (Franz), fie prin un şir nesfârşit de sechele locale şi la distanţă cum sunt pseudartroza, scurtarea, unghiulaţia, redoarea musculară, contractura, redoarea articulară şi altele.

Acest tratament se compune din o serie întreagă de mijloace terapeutice care toate la un loc caută să rezolve problema în întregime. El trebue să pună fragmentele osoase în cea mai bună contenţiune, să asigure o perfectă imobilizare, trebue să combată infecţiunea prin redresarea tuturor funcţiunilor organelor din focar şi în acelaşi timp să prevină sechelele tardive. Toate acestea sunt însă în funcţie de precocitatea cu care se institue tratamentul definitiv.

Dintre toate elementele terapeutice rolul cel mai important îl are factorul de reducere şi contenţiune a fragmentelor osoase. Aceasta se poate obţine fie prin aplicarea celor mai diferite aparate de extensie fie prin aparat gipsat. Concomitent se impune instituirea unui bun drenaj al secreţiilor purulente.

La coapsă acţiunea grupurilor puternice musculare pe de o parte şi distrucţia, în marea majoritate a cazurilor, cominutivă a femurului pe de altă parte, impune în mod aproape exclusiv extensia ca metodă de preferat pentru reducerea şi imobilizarea fragmentelor.

Se aşează membrul pe o atelă Böhler. Se introduce cu perforatorul Kirschner, în anestezie locală, sârma prin condilii tibiei când fractura se găseşte într'un segment mai inferior al femurului, sau o agrafă Schmerz sau Wolf prin condilii femurali, când fractura e localizată în metafiză sau în segmentul superior. Se atârnă în regulă generală de o sfoară puternică o greutate care să nu întreacă a 7-a parte a greutăţii corpului. Sfoara se va trece prin acel scripete al atelei Böhler care va menţine axul sau va trebui să corecteze devierea din axul longitudinal al fragmentelor.

Atunci când fragmentele nu sunt deplasate sfoara se trece prin scripetele superior care o va ţine în acelaşi plan cu axul femurului. Dacă fragmentul periferic este deplasat înapoi coborîm sfoara într'un scripete mai jos situat şi prin aceasta se produce o basculare înainte a fragmentului, dar numai atunci când tracţiunea e destul de puternică. Unghiulaţiile se corectează prin dirijarea în sens opus a tracţiunei adică în caz de unghiulaţie externă sfoara se va fixa spre braţul intern al potcoavei şi invers, utilizând acel scripete care menţine axul longitudinal.

Piciorul se fixează în suspensie uşoară, fie cu un emplastru fie printr'o contra linie extensie cu greutate până la $^1/_2$ Kgr. pentru ca să se evite echinismul care se prezintă destul de frecvent ca sechele.

Urmează să ne îngrijim concomitent de drenajul colecţiilor purulente. Pentru drenarea lor căutăm să reconstituim în primul rând o situaţie anatomică cât mai apropiată de cea normală. Această redresare anatomică prin o bună extensie permite scurgerea înafară a secreţiilor prin drenuri superficial aşezate. Introducerea materialului de drenaj în profunzime în aşa fel ca el să se situeze între fragmentele osoase sau pachetul vasculo-nervos constitue o greşeală, putând uneori să împiedice desvoltarea calusului, să formeze un spine iritativ pentru propagarea infecţiei, iar alteori chiar să arodeze vase mari.

Colecţiile de puroi vom căuta să le evacuăm pe căi mai îndepărtate de focar, adică să facem incizii la nivelul extremităţii colecţiei mai distanţată de focarul de fractură.

Când supuraţia poartă caracterele unui flegmon difuz sau se prezintă sub aspectul unui edem epifascial trebue să degajăm focarul prin incizii cât mai multe şi mai dese.

La flegmoane gazoase am obţinut de repetate ori rezultate bune prin un baraj cu 200—300 cc. ser antigangrenos prin întreaga grosime a părţilor moi deasupra focarului de infecţie.

Faţă de corpii străini şi mai ales faţă de proectile şi eschile osoase se impune o conduită deosebită.

Proectilele nu se îndepărtează din ţesuturi, decât atunci când ele se găsesc la îndemână în plagă sau sunt situate între fragmentele osoase.

Eschilele osoase nu se extrag atâta timp cât ele sunt acoperite de ţesuturi moi şi nu sunt complet libere în plagă.

Tratamentul prin extensie să se aplice cât mai de timpuriu. Prin precocitatea aplicării găsim ţesuturile într'o stare de funcţiune mai puţin alterată. Ele sunt mai elastice, mai puţin infiltrate, deci mai maleabile pentru extensie, ceea ce permite o redresare a funcţiunilor şi în consecinţă crearea unei situaţiuni mai bune pentru refacerea anatomică.

Rezultatele în cazurile noastre au fost cu atât mai bune, cu cât extensia s'a aplicat mai neîntârziat.

In 8 cazuri ale noastre am lărgit această indicaţie, aplicând extensia tardiv, după 6—8 săptămâni dela rănire, unor fracturi pe cale de consolidare cu totul vicioasă. Şi în aceste cazuri am obţinut din cauza calusului fibros corectări apreciabile de ax şi de lungime a membrului.

În sfârşit după un repaos acordat, în ziua următoare se fac ultimele retuşeri ale axului femural printr'un control radiografic în două poziţii. Acesta ne arată dacă mai e nevoie de intensificarea tracţiunii sau din contră, pentru ca apoi sub niciun motiv să nu se mai întrerupă imobilizarea fragmentelor osoase.

Dacă prin extensia cu cui nu se poate obţine o redresare bună a axului producându-se undulaţii într'o direcţie sau alta, aplicăm manşete de tracţiune laterală.

Tratamentul sângerând în fracturile deschise infectate este cu totul contra indicat. Osteosinteza dă rezultate dezastruoase, deci să se evite cu desăvârşire.

Durata extensiei variază cu tendinţa pe care o prezintă osul la cicatrizare şi cu locul în care se găseşte înfipt cuiul de extensie.

La formări întârziate de calus, atunci când cuiul se găseşte în condilii femurali, durata extensiei se poate prelungi până la 6—7 săptămâni, mai ales în cazuri în care s'au făcut mişcări din articulaţia genunchiului şi a piciorului. Când cuiul se găseşte în condilul tibiei tracţiunea să nu se prelungească peste 4—5 săptămâni, din cauză că se poate produce un genunche balant.

Când însă totuşi suntem nevoiţi să mai prelungim durata extensiei la fracturi ale segmentului inferior al femurului peste 4 săptămâni, putem muta cuiul în condilii femurali, continuând astfel extensia alte 2—3 săptămâni.

După terminarea extensiei demontăm întreaga aparatură, lăsăm membrul timp de 2 zile în repaos şi apoi îi aplicăm o nouă imobilizare în atelă sau în aparat mare gipsat la nevoie cu fereastră.

Cu această ocazie mai putem redresa puţin manual axul femurului, calusul fiind încă destul de maleabil, atunci când el mai prezintă mici devieri.

In tot timpul extensiei se impune un control radiografic în două poziţii, exercitat cel puţin din două în două săptămâni.

Plaga se poate trata cu pansamente antiseptice. Rezultatele sunt mai bune aplicând o uşoară antisepsie, care se va repeta din 5 în 5 zile lăsând plaga nepansată. Sub locul de drenaj aşezăm o tăviţă renală în care să se poată colecta secreţiile.

Fracturile deschise simple ale coapsei, adică acele fără deplasarea fragmentelor se pot menţine imobilizate într'un aparat mare gipsat care să cuprindă întreg membrul, împreună cu trunchiul până spre axilă. La

nivelul plăgii se creiază o fereastră corespunzătoare mărimii plăgii prin care se va trata.

In cazuri în care plaga nu prezintă tendinţă la supuraţii abundente imobilizarea se poate face şi cu aparate gipsate ocluzive, aplicând în plagă pasta Löhr.

Imobilizarea cu aparat mare gipsat se poate menţine timp de 8—10 săptămâni.

Fracturile deschise infectate ale gambei cu plagă mare beneficiază de un tratament cu totul identic cu acela aplicat coapsei. Singur modul de extensie variază în sensul că drept suport utilzăm atela Braun, tracţiunea o exercităm din calcaneu, iar greutatea o reducem până la maximum 5 Kgr.

Durata extensiei se poate prelungi până la 6—8 săptămâni, iar rezultatul definitiv, adică data care se poate încărca osul cu greutatea corpului se poate considera de abia la 12—16 săptămâni.

În caz de fracturi deschise ale gambei mai atenuat infectate şi cu plagă mai mică a părţilor moi, putem aplica un aparat gipsat cu dublu cui, în caz de nevoie cu fereastră. Acest aparat va cuprinde întreg piciorul, gamba şi se va întinde până sub rotulă.

Se introduce o sârmă de oţel Kirschner în calcaneu şi o a doua prin condilii tibiei. Se face sub ecran reducerea fragmentelor cu ajutorul aparatului de extensie cu şurub preconizat de Böhler. Această stare de reducere cât mai perfectă se menţine apoi prin un aparat gipsat necăptuşit (Schnek), care fixează cele două sârme în poziţie de extensie şi contra extensie, asigurând o contenţiune şi o imobilizare perfectă.

Aparatul gipsat se va întinde dela degete până la jumătatea coapsei. Când însă aparatul gipsat nu depăşeşte articulaţia genunchiului membrul se va aşeza pe o atelă Braun.

Fracturile deschise mai uşoare ale gambei se vindecă de obicei în 6—8 săptămâni, însă membrul nu-şi poate relua activitatea nestânjenită decât abia după 12—16 săptămâni.

Ca tratament tardiv după consolidarea oaselor atât la coapsă cât şi la gambă se recomandă mişcări active şi cu precauţiune, mişcări pasive mecanice.

Masajele violente se vor evita din cauză că chiar după un timp mai îndelungat se mai poate exacerba procesul septic, care se găseşte încă în stare de latenţă.

La fracturile gambei după consolidare este de un real folos un pansament „Zinkleim" pentru un timp de câteva săptămâni, care caută să împiedice tumefierea gambei pe urma circulaţiei încă incomplet restabilită.

In concluzie putem să afirmăm că la fracturile deschise de război ale oaselor lungi ale membrului inferior infectate, intrate destul de tardiv în tratamentul spitalelor de zonă interioară, rezultatele cele mai bune le oferă metodele terapeutice cu tracţiune.

Prin extensie se realizează o redresare a anatomiei întregei regiuni, care permite o bună derivare a secreţiunilor înafară, o bună reducere, o contenţiune a fragmentelor şi o imobilizare mulţumitoare.

Rezultatele funcţionale tardive însă sunt cu atât mai bune cu cât acest tratament se institue mai precoce. Cu toate acestea şi la aplicaţiuni tardive, înainte de consolidare, metoda determină oarecare îmbunătăţiri.

Răniţii cu fracturi deschise ar putea să beneficieze de rezultate tardive optime, dacă serviciul sanitar de campanie iar considera cu precădere la transport, dându-le astfel posibilitatea să fie supuşi la un tratament definitiv de extremă urgenţă.

Pentru realizarea acestei necesităţi să se creeze spitale de specialitate exclusiv pentru aceşti răniţi. Aceste spitale să se organizeze în cea mai apropiată etapă de front a zonei interioare, pe o arteră de comunicaţie feroviară mai principală, pentru ca fiecare tren sanitar să poată debarca la prima oprire aceşti răniţi.

Cred că tratamentul precoce instituit răniţilor cu fracturi deschise infectate prin această organizare ar realiza rezultate sută la sută mai bune, rezultate care atât din punct de vedere biopolitic cât şi economic naţional ar fi remarcabile.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. A. Pop

Observaţiuni clinice oto-rino-laringologice de război

de

Prof. **G. Buzoianu** şi **Ambruş Ion**

Printre răniţii proveniţi de pe frontul de luptă şi ajunşi în Sibiu am putut constata o serie de afecţiuni care aparţin domeniului special al oto-rino-laringologiei. Acţiunile de război pot provoca diferite stări patologice otice, sinuso-nasale sau faringo-laringeene. Am insistat asupra afecţiunilor care pot fi observate în otologie cu deosebire în timp de război în lucrarea noastră anterior publicată întitulată: *„otologia în război".*[1]) Găsim în prezent ocaziunea să expunem în rezumat o serie de cazuri observate de noi acum şi care se

[1]) *G. Buzoianu:* L'otologie pendant la guerre. *Revue des sciences oto-rhino-laryngologiques, Cluj 1939, Janvier.*

raportează specialităţii oto-rino-laringologice în legătură cu războiul. Vom lăsa la o parte dela început turburările funcţiunei auditive care sunt foarte importante dar care constituesc o grupă mare aparte a otologiei de război. Ne vom raporta aici numai la plăgile observate şi la leziunile obiective anatomiceşte evidente ale spaţiului clinic pe care-l cuprinde otologia, rinologia şi laringologia. Cu această lămurire efectuată trebue să notăm că toate observaţiile pe care le rezumăm numai cu titlul lor sunt culese din clinica O. R. L. a facultăţii de Medicină din Cluj provizoriu instalată la Sibiu.

Clinica noastră este dotată în prezent cu 40 (patruzeci) paturi şi adăposteşte într'o proporţie de $^2/_3$, răniţi de război ori diferite afecţiuni O. R. L. de război iar $^1/_3$, cuprinde cazuri de specialitate la bolnavii civili. Clinica îşi continuă deci menirea de devotament cauzei medicale armonizând pe cât posibil efortul său de îngrijire atât bolnavilor răniţi proveniţi de pe front cât şi bolnavilor civili proveniţi din zona interioară a ţării şi care au nevoie de o asistenţă medicală de specialitate. Până în ziua de 30 Oct. c. s'au perindat în clinică 75 de răniţi. Dintre aceştia un număr de 24 au prezentat afecţiuni care aparţin oto-rino-laringologiei. Numai 14 au avut propriuzis o afecţiune oto-rino-laringologică provocată de războiu ca stare patologică izolată. Restul prezentau concomitent cu o afecţiune de specialitate şi una ori mai multe plăgi de război în regiunea membrelor, bazinului ori toracelui. N'am observat nicio plagă abdominală şi nicio plagă craniană importantă. Cele câteva plăgi ale capului erau ori superficiale interesând ceafa şi tegumentele craniene sau se raportau la regiunea feţei.

Iată care sunt observaţiile noastre care pot fi menţionate ca fiind mai deosebite:

1. *Distrugerea completă a ambelor timpane prin acţiunea deflagrantă a obuzelor de avion.*
2. *Plagă a conductului auditiv extern datorită unui proectil pătruns din regiunea zigomatică şi ieşit prin ceafă însoţită de leziunea facialului respectiv.*
3. *Plagă în seton a ambelor sinusuri maxilare dela un obraz la altul.*
4. *Pierderea de substanţă a treimei ant. a corzilor vocale în urma unei plăgi prin proectil în seton a unghiului anterior al glotei.*
5. *Schije de obuz inclavate în baza craniului la nivelul corpului osului sfenoidal, în interiorul sinusului frontal ori în interiorul sinusului maxilar.*
6. *Plăgi multiple în regiunea auriculară mastoidiană şi latero-cervicală respectivă datorite schijelor de obuz însoţite de fenomene inflamatorii în profunzime care au necesitat debridări tisulare şi deschiderea mastoidei.*

Cazurile de otite medii supurate cu sau fără polipi auriculari uni- ori bilaterali, cazurile care prezentau turburările auzului sub formă de hipoacuzii sau surdităţi totale uni- ori bilaterale sau alte cazuri de afecţiuni de specialitate existente din timpul războiului sau independente de război nu intră în enumerarea noastră. Acestea ne-au fost prezentate în clinică dela diferite spitale de răniţi ale zonei interioare Sibiu *(Sibiu, Ocna-Sibiului, Turnu-Roşu, Avrig, R.-Vâlcea, Băile Herculane).* Ele au fost consultate ambulator şi n'am oprit în clinică decât acei soldaţi care necesitau în adevăr o asistenţă clinică specială imediată. Am oprit spre exemplu o otită medie supurată însoţită de polipoză nasală sau o surditate psihică rebelă în primele momente ale examinării şi am indicat tratamentul necesar unei otite medii cronice supurate simple fără a obliga la internare în clinică astfel de bolnavi. De asemeni aproape toate turburările psihice auditive de război au cedat în general imediat la probele auditive cu aparatul Lombard. N'am indicat extragerea schijelor de obuz din interiorul sinusurilor atâta timp cât aceste schije nu determinau nici dureri, nici supuraţiuni nici fistule nici vreo altă turburare în regiunile vecine.

Am socotit intervenţiunea disproporţionată faţă de afecţiune şi fără niciun rost cât timp singurul simptom prezentat de rănit era semnul indicat de radiografie fără nicio altă determinare clinică. La un singur bolnav am practicat o trepanare vestibulo-bucală tip Denker din cauza fenomenelor de osteomielită a pereţilor sinusali maxilari produsă în urma unei plăgi prin armă de foc fără proectil inclavat. La acest bolnav exista concomitent şi o obliterare a fosei nasale de aceeaşi parte prin înfundarea septului spre peretele extern. Îndreptarea lui pe linia mediană s'a efectuat în cursul manoperilor de trepanare sinuso-maxilară printr'o simplă luxaţie în condiţiuni mulţumitoare.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOLOGICĂ DIN CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. Gh. Buzoianu

Patologia corpilor străini de război

de

Dr. Prăgoiu Ioan,
Asistent

Chirurgia de război prezintă anumite particularităţi, cari o diferenţiază net de chirurgia din timp de pace. Aceste particularităţi sunt datorite prezenţei corpilor străini de război.

Sub numele generic „corpi străini de război" înţelegem complexul de proectile activând prin explozie, aparţinând tuturor gurilor de foc întrebuinţate în prezent pe câmpul de operaţiuni. Este bine să precizăm că înafară de aceşti corpi străini metalici propriu zişi, există o serie de corpi străini, ca: bucăţi de haină, pământ şi alte murdării antrenate în deosebi de schijele proectilelor şi cari joacă un rol important în patologia plăgilor de război.

In războiul nostru sfânt din răsărit, am avut de înfruntat o armată bine înzestrată, cu cel mai modern utilaj de război.

In acest război, armele cu cea mai mare putere de distrugere întrebuinţate de inamic au fost: obuzele de artilerie, bombele de avion şi în deosebi proectilele aruncătoarelor Brandt. Aceste proectile Brandt ale inamicului au o putere explosivă mare de suprafaţă, pe o rază de 50 m. Majoritatea răniţilor noştri purtau schijele acestor proectile Brandt.

Se ştie că în războiul mondial procentul morţilor pe câmpul de luptă era de aproximativ 15%. Azi, cu toate că nu avem încă date precise, se crede că acest procent a crescut datorită perfecţionării armelor de foc. Perfecţionarea s'a realizat în: creşterea intensităţii focului, în mărirea puterii de explozie a proectilelor şi în dotarea superioară a infanteriei cu arme automate.

Efectul corpilor străini metalici de război este în raport cu viteza şi forma lor. Distrucţia ţesuturilor va fi în raport cu aceşti factori şi în deosebi cu distanţa dela locul exploziei şi până la victimă. In zona imediată a exploziei se produc adevărate sfâşieri ale organismului. Cu cât ne depărtăm de locul exploziei, cu atât efectul este mai redus şi leziunile mai puţin grave.

Forma proectilelor imprimă anumite caractere plăgilor de război. Armele de infanterie, prin forma regulată a gloanţelor utilizate, dau de obiceiu plăgi în seton (bipolare), cu un orificiu mic de intrare şi unul mai mare de eşire.

Când proectilul este animat de o viteză mare, deci şi de o putere de pătrundere mare şi întâlneşte în cale rezistenţa scheletului osos, se produc fracturile cominutive, adevărate explozii osoase, cari dau naştere la fracturile deschise de război. Atunci când proectilul a pierdut din viteză şi nu poate traversa regiunea unde a pătruns, avem plăgi unipolare sau oarbe, cu retenţia de proectil.

Cea mai mare putere de distrucţie datorită formei, o au schijele de obuz, de artilerie, schijele de Brandt şi schijele bombelor de avion. Aceste schije, prin forma lor neregulată, colţuroasă, dau naştere la plăgi sdrobite cu mari delabrări musculare. Faptul cel mai important de remarcat la aceste schije este că antrenează bucăţi de stofă din haina de obiceiu murdară a rănitului şi cari o să dea naştere la complicaţiile cele mai grave în organism, dacă nu o să fie îndepărtate cât mai curând posibil. Deci corpii străini metalici de război pot să antreneze orice corp străin ce se găseşte în calea pătrunderii lor în organism.

S'a crezut că odată cu perfecţionarea armelor de distrugere se va putea realiza şi protecţia cât mai bună a luptătorului. Cuirasa carelor de luptă era chemată să asigure acest desiderat, însă şi această cuirasă este foarte bine pătrunsă de proectilele tunurilor anti-car.

Casca de oţel utilizată şi în războiul mondial, a rămas singurul mijloc de protecţie a extremităţii cefalice.

Campania actuală, caracterizată printr'o mişcare continuă a tuturor formaţiunilor ce iau parte la luptă, a dat naştere la plăgi caracteristice acestui fel de război atât din punct de vedere topografic, cât şi anatomo-patologic

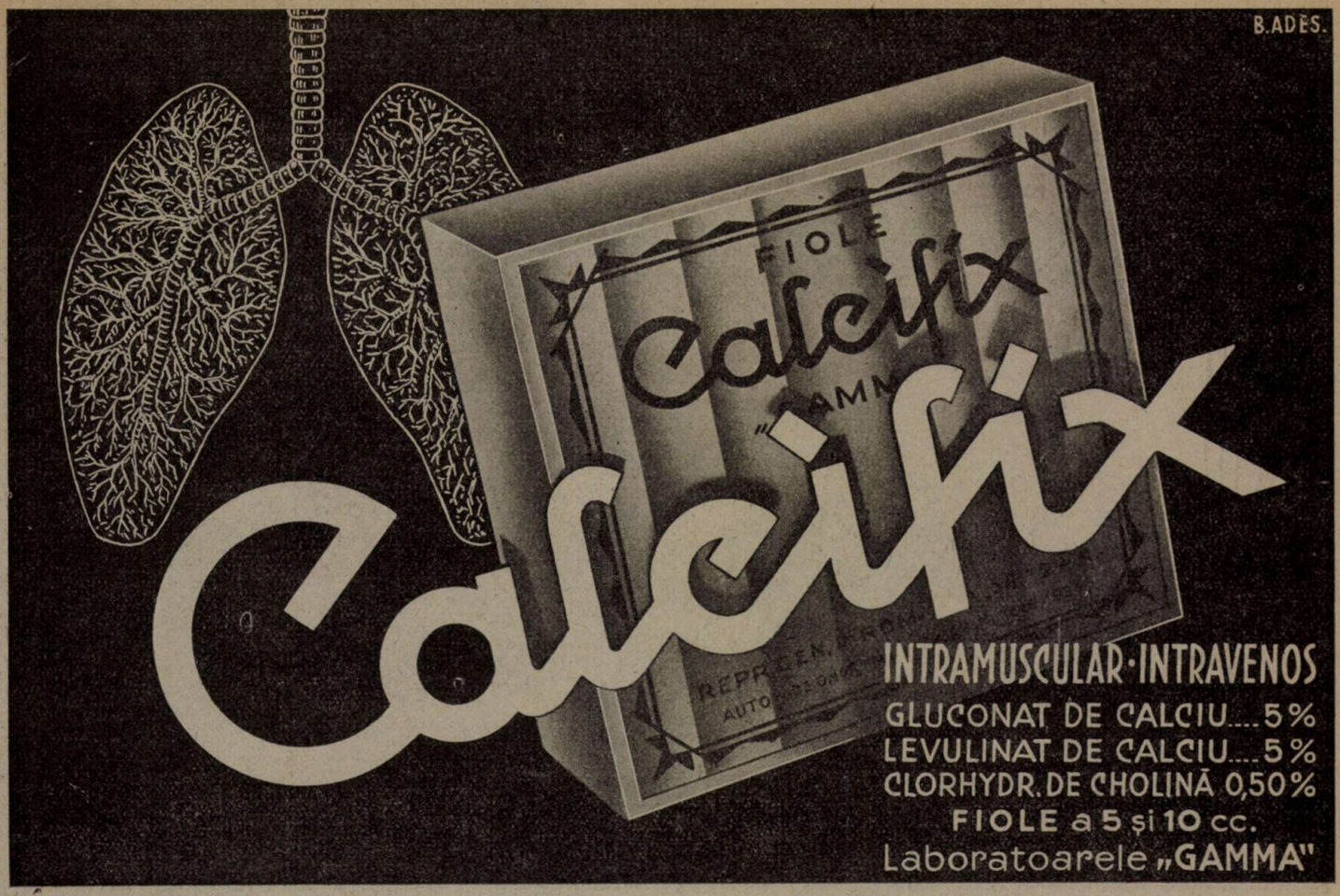
Din punct de vedere vital, corpii străini de război pot să producă moartea imediată a luptătorului, sau pot să ducă la acelaşi sfârşit prin complicaţiile ulterioare la cari dau naştere.

Medicina în general, şi în deosebi chirurgia este chemată ca prin toate mijloacele cari îi stau la dispoziţie să împiedece apariţia acestor complicaţii şi să redea frontului un număr cât mai mare de răniţi, în timpul cel mai scurt posibil.

Plăgile mortale pe câmpul de luptă sunt acelea cari interesează encefalul, cordul, organele abdominale şi vasele mari.

Leziunile vasculare frecvente în timp de război sunt anevrismele arteriale şi arterio-venoase. In serviciul nostru am avut două cazuri de anevrisme arteriale, dintre cari unul la nivelul femoralei, iar al doilea la nivelul iliacei interne, ambele au avut o evoluţie fatală, cu toate că s'a urmat conduita clasică de expectativă şi nu s'a intervenit decât în extrem.

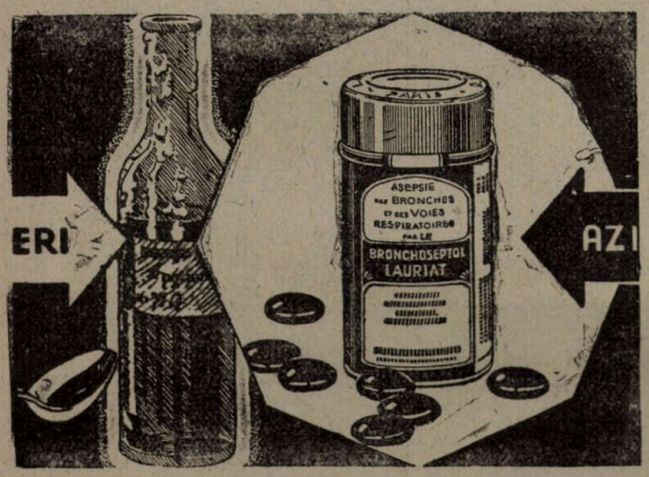
Complicaţiile supurative produse de corpii străini diferă după regiuni. La nivelul cutiei craniene avem:



GYNOFOLIN HORMON FOLICULAR OVARIAN

Preparat pur biologic, titrat riguros în unități șoarece

FIOLE INJECTABILE — CREMĂ ÎN TUBURI — PICĂTURI
PENTRU COPII — SOLUȚIE PENTRU USAJ EXTERN



Reprezentanța pentru România: „S. I. F." s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

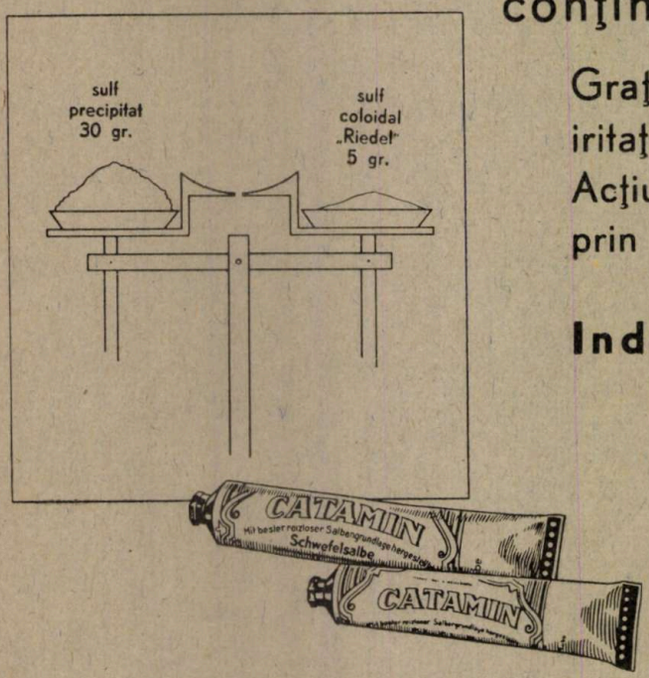
Somniferul
cu efect sigur

chiar şi în doze mici
(½ tabletă), somn reconfortant şi o deşteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.
Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.
Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, Bucureşti

CATAMIN



conţine SULF COLOIDAL

Graţie concentraţiei mici se evită iritaţiunile.
Acţiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicaţiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee

Forme de prezentare: Tuburi de 30 şi 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ
Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK
Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

osteomielita calotei, abcesul cerebral şi meningita. Plăgile penetrante ale cutiei toracice duc la: pleurezii purulente, abcese pulmonare, mediastinite, etc. Răniţii cari prezintă plăgi penetrante ale cavităţii abdominale în majoritate sucombă pe câmpul de luptă din cauza hemoragiei interne, iar cei cari supravieţuesc fac peritonite din cele mai grave, mai ales dacă leziunea interesează şi colonul cu marea lui septicitate. La nivelul membrelor, procesele supurative banale şi osteitele secundare sunt foarte frecvente, însă nu prezintă nici un pericol din punct de vedere vital şi toate se vindecă în urma unui tratament bine aplicat. Există însă şi la nivelul membrilor infecţiuni foarte grave ca gangrena gazoasă care dă o mortalitate destul de mare, mai ales dacă nu se intervine la timp şi în mod radical, cu tot arsenalul terapeutic ce ne stă la dispoziţie.

După ce am descris în mod succint acţiunea corpilor străini asupra organismului din punct de vedere vital, să vedem din punct de vedere anatomo-patologic cum se comportă organismul faţă de aceşti corpi străini.

Corpii străini metalici introduşi în organism acţionează asupra ţesuturilor prin: consistenţa, mărimea, greutatea şi forma lor. Proprietăţile chimice şi electrolitice ale acestor metale încă au un rol important în reacţia ţesuturilor.

In general, orice corp străin introdus în organism constitue un spine iritativ, la care ţesuturile reacţionează printr'un proces inflamator. Sistemul reticulo-endotelial este acela care prin celulele sale reacţionează în mod special la acţiunea iritativă a acestor corpi străini. Histopatologic în jurul corpilor străini se produce un proces de hiperemie vasculară cu diapedeză. Prin acest proces de reacţiune inflamatorie, ţesuturile caută cu ajutorul fermenţilor din fagocite să disolve corpii străini. Când corpii străini sunt pulverizaţi, celulele reticulo-endotelial se diferenţiază în macrofage şi înglobează aceste corpuscule străine, asumându-şi un rol fagocitar. Dacă organismul nu reuşeşte să-i disolve sau să-i înglobeze cu ajutorul macrofagelor, atunci recurge la încapsularea acestor corpi străini cu ajutorul ţesutului conjunctiv de reacţie. Astfel corpii străini aseptici sunt „exteritorializaţi" de organism prin formarea unor capsule fibroase care înconjoară gloanţele şi schijele metalice. Această încapsulare se realizează printr'o proliferare celulară şi o hiperplazie a ţesutului conjunctiv colagen. Intr'un stadiu mai avansat celulele diminuiază treptat, iar fibrele conjunctive degenerează şi dau naştere la ţesutul scleros, cicatricial, dur, sideriu.

Odată cu pătrunderea corpului străin în organism, sunt introduşi şi un număr oarecare de microbi. Dacă numărul acestor microbi este mic şi virulenţa lor scăzută, atunci concomitent cu încapsularea corpului străin, se produce şi încapsularea acestor microbi. Când dintr'o cauză oarecare capsula de înveliş a corpului străin este distrusă, aceşti microbi, cari până atunci au fost într'o stare de latenţă, pot să-şi mărească virulenţa şi să dea naştere la procese supurative. Ca mijloc preventiv, când se procedează la extragerea târzie a acestor corpi străini metalici, se face un tratament pre-operator cu sulfamide.

La nivelul encefalului acest proces de încapsulare este dat de nevroglie. După Pierre Marie, encefalul este unul din organele cu o toleranţă foarte mare pentru corpii metalici străini de războiu. Se crede că are o toleranţă chiar mai mare decât pulmonul.

Indepărtarea corpilor străini nemetalici antrenaţi de gloanţe şi schije, se face odată cu excizia şi curăţirea mecanică a plăgii. Dacă această curăţire nu este radicală, putem să avem procese supurative interminabile.

In ce priveşte comportarea faţă de schijele metalice din focarele fracturilor deschise de războiu, se vor scoate numai cele din focarul propriu zis al fracturei, cari constitue spini iritativi permanenţi pentru sistemul neuro-vascular al regiunei traumatizate şi în acelaşi timp sunt factori de întreţinere a procesului supurativ local. Schijele din părţile moi cari nu au legătură directă cu focarul de fractură vor fi lăsate pe loc, provizoriu, sau chiar definitiv, pentru a nu creia noi căi de pătrundere a infecţiei.

Principial, toţi corpii străini metalici şi în deosebi cei supuraţi trebue extraşi cât mai curând posibil.

Deoarece extracţia propriu zisă a corpilor străini metalici de războiu se încadrează în patologia generală a plăgilor de războiu, prin complicaţiile la cari poate da naştere, o să insistăm asupra acestui capitol pe baza cazuisticei din Clinica Chirurgicală din Cluj-Sibiu, care în războiul actual a fost încadrată în Spitalul Z. I. 479.

Statistica cazurilor noastre de intervenţie pentru extragerea gloanţelor şi a schijelor prezintă un număr de peste o sută de cazuri. Răniţii purtători de aceşti corpi străini, au fost evacuaţi la Spitalul nostru, fie din Spitalele de Z. I. din zona mai apropiată de câmpul de operaţiuni, fie direct dela Spitalele de campanie. La un număr mare dintre aceşti răniţi s'a încercat extragerea proectilelor la formaţiunile chirurgicale ale spitalelor de campanie, uneori fără rezultat, iar alteori cu rezultat parţial, rămânând pe loc încă un număr oareşcare din schijele metalice sau gloanţe.

Serviciul chirurgical al spitalului nostru de sub conducerea D-lui Prof. Dr. Al. Pop, având la dispoziţie un aparat de Roentgen mare Heliophos-Tutomat Siemens şi un Roentgen portativ tip „Meganos", extragerea corpilor străini s'a făcut în condiţiuni optime de tehnică şi sterilitate.

In ordinea urgenţei, în primul rând s'a procedat la extracţia corpilor străini septici, cari erau punctele de plecare al unor abcese sau flegmoane întinse. In al doilea rând s'au extras corpii străini din focarul sau din vecinătatea osteitelor supurative, rezultate din în-

fecţia fracturilor deschise. In al treilea rând s'au extras corpii străini nesupuraţi (aseptici), cari prezentau fenomene de netoleranţă ca: nevrită şi jenă funcţională.

La o serie de răniţi, în deosebi de schije mici, încapsulate şi cari nu prezentau tulburări funcţionale sau fenomene de netoleranţă, s'a făcut contraindicaţie de extracţie, personal de către D-l Prof. Al. Pop.

Contraindicaţia de extracţie a corpilor străini metalici bine toleraţi, prezintă o importanţă deosebită, deoarece este inadmisibil ca prin tentativa de extracţie să se distrugă parenchimul diferitelor organe cari nu suferă câtuşi de puţin din cauza prezenţei acelor corpi străini. De asemenea şi corpii străini bine toleraţi, situaţi în regiuni greu accesibile (subscapular, cervical profund etc.), trebue să fie supuşi aceluiaş, discernământ competent înainte de a se face intervenţia.

In ce priveşte tehnica propriu zisă a extracţiei corpilor străini în general şi a celor de războiu în special, se ştie că există cel puţin 200 de procedee, publicate până azi. Toate aceste procedee dau rezultate admirabile în mânile specialiştilor consacraţi.

In timp de războiu când aglomeraţia este foarte mare şi când toţi chirurgii trebue să ştie să-şi mânuiască aparatele de Roentgen în vederea operaţiei de extragere a schijelor şi gloanţelor, s'a dovedit că metodele cele mai simple au dat cele mai bune rezultate.

Metoda anatomică şi cea geometrică a axelor încrucişate constitue azi cea mai simplă manoperă de extragere a corpilor străini de războiu.

Metoda anatomică constă în palparea regiunei în care se găseşte corpul străin şi în fixarea punctului cu mobilitate maximă a proectilului sau a schijei. Metoda geometrică a axelor încrucişate constă în fixarea radioscopică a două planuri (frontal şi sagital), perpendiculare una pe alta şi cari să treacă prin corpul străin. La intersecţia acestor două planuri se găseşte corpul străin.

In serviciul nostru fiecare rănit cu retenţie de proectil sau schije este supus în primul rând unui examen radiografic pentru a avea în felul acesta un document la foaia lui de observaţie. In preziua operaţiei se face localizarea geometrică a corpului străin şi în ziua operaţiei se verifică încă odată situaţia lui. Extracţia se face în sala de operaţie aseptică sau septică, după cum corpul străin este aseptic sau supurat. La masa de operaţie se adaptează roentgenul portativ, la care este ataşat un criptoscop şi care fiind învelit cu o compresă sterilă, poate să fie utilizat de operator fără să sufere sterilitatea. După incizia tegumentului la nivelul punctului de localizare, se pătrunde până în planurile unde se găseşte corpul străin şi în acest moment cu ajutorul criptoscopului se reperează direct şi se extrage metalul. Cu această tehnică am reuşit să extragem corpii străini din cele mai dificile regiuni topografice.

In toate cazurile noastre unde erau plăgi supurate prin retenţia de corp străin, plăgile s'au vindecat până la 8 zile dela intervenţie. Intr'un caz unde rănitul prezenta aproximativ 20 de schije diseminate pe ambele gambe, cu focare multiple de osteite secundare, vindecarea s'a produs după patru săptămâni dela extragerea schijelor şi raclarea focarelor de osteite.

Trebue să menţionăm complicaţiile uneori foarte grave, la cari dau naştere unele tentative de extracţie a corpilor străini, mai ales atunci când se forţează extracţia lor, dintr'o regiune periculoasă şi de către persoane fără experienţă. Astfel corpii străini localizaţi în profunzimea peretului toracic şi în deosebi cei supuraţi, pot să provoace o deschidere a pleurei în momentul extracţiei şi să dea naştere la pleurezii purulente. La nivelul peretelui abdominal, atunci când corpul străin este localizat în imediata apropiere a peritoneului, lezarea lui şi infectarea dela procesul supurativ al peretului poate da peritonite grave cu sfârşit letal. Corpii străini supuraţi din imediata vecinătate a cavităţilor articulare, pot de asemenea să dea artrite supurate şi septicemii grave. In toate aceste cazuri se cere o mare prudenţă şi o cunoaştere perfectă a topografiei regiunei.

In concluzie: Cu cât extracţia corpilor străini de războiu se va face în mod mai raţional şi de către personal chirurgical specializat, cu atât complicaţiile vor fi mai rare şi domeniul lor patologic mai restrâns.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. Al. Pop.

Transfuziile sanghine în timp de război

de

Med. Cpt. rez. **Dr. Aurel Nana**
şeful Serv. Chirurgical I
din Spitalul Militar Sibiu

Puţine capitole ale terapeuticei moderne au evoluat în ultimii ani aşa de mult ca transfuzia de sânge. Această intervenţie eroică, care reînvie organismul bolnav şi redă vieaţă unui corp aproape răcit prin pierdere de sânge acută şi masivă, dacă prezintă reale foloase medicale, economice şi sociale în timp de pace prin accelerarea recuperării capacităţii de muncă, valoarea şi oportunitatea ei se evidenţiază şi mai mult în timp de război.

Se ştie că în timpul războiului una din preocupările de căpetenie ale Serviciului Sanitar al Armatei este pe lângă salvarea vieţii şi recuperarea cât mai rapidă a răniţilor. Statisticele din războaiele trecute şi observaţiunile din cele recente arată un procent destul de ridicat al mortalităţii în zona operaţiunilor cauzată de hemoragiile acute. Ori singurul mijloc care ne poate da în aceste cazuri pierdute rezultate miraculoase şi satisfacţiuni din cele mai mari, este transfuzia de sânge executată la timp şi în cantitate suficientă.

Deşi transfuzia de sânge a ajuns azi graţie cunoştinţelor fiziopatologice ale sângelui şi perfecţionărilor tehnice o metodă inofensivă, totuşi de cele mai multe ori din cauza lipsei unei bune organizaţiuni a dătătorilor selecţionaţi, ea întâmpină mari greutăţi.

Pentru a veni în ajutorul răniţilor, în urma apelului lansat de Crucea Roşie din Sibiu şi pătrunşi de sentimentul naţional ni s'au prezentat o serie de dătători benevoli, pe care i-am putut selecţiona reuşind astfel să organizăm la Spitalul Militar din Sibiu un mic centru de transfuzie care în multe cazuri a contribuit la salvarea vieţii răniţilor.

* * *

Ideea de a remedia un organism bolnav prin o transfuzie de sânge datează din cele mai vechi timpuri, totuşi această metodă în serviciul chirurgiei de război are un istoric relativ scurt. In campania germană din 1866 abia sunt 4 transfuzii semnalate; în războiul american 3, iar mai târziu în campania franco-germană din 1870/71 *Köhler* aminteşte de 37 de transfuziuni cu rezultate bune. In războiul mondial din 1914—1918 germanii şi aliaţii lor aplică în câteva cazuri izolate transfuzia de sânge cu rezultate discutabile. Din partea francezilor între 1917—1918 sunt cunoscute 114 transfuzii cu o mortalitate de 3%. Rapoartele sanitare anglo-americane vorbesc despre un număr mai mare. Rezultatele transfuziei prin perfecţionarea metodelor culminează abia în războiul spaniol. Până atunci această operaţie nu s'a făcut decât la spitalele de campanie, ceea ce prezenta mari inconveniente, însă graţie sângelui prealabil stabilizat şi conservat, în acest război s'au putut salva multe vieţi, transfuzia fiind făcută chiar în liniile înaintate.

Astfel pe lângă sângele pur s'a mai întrebuinţat pentru transfuzii sânge stabilizat şi conservat, la ruşi sânge de cadavru, sau alte preparate de sânge sau de componente izolate ale sângelui.

Acest sânge indiferent de forma sa, pe lângă că este un medicament foarte complex, el este uneori şi foarte periculos, dând accidente grave, dacă este întrebuinţat fără ca să fi luat anumite precauţiuni.

Numirea veche a grupelor sanghine după, cifrele I—IV nu se mai întrebuinţează. După nomenclatura internaţională grupurile sunt denumite O, A, B, şi AB, iar aglutininele α şi β.

Totuşi în cursul cercetărilor asupra grupurilor sanghine *Landsteiner, Dungern* şi *Hirschfeld* au observat o serie de fenomene, care au stabilit existenţa încă a două subgrupuri în cadrul grupului A denumite mai târziu A_1 şi A_2. Astfel propriuzis avem 6 grupe sanghine. Cunoaşterea existenţeii subgrupurilor prezintă o importanţă deosebită dat fiind — că în cursul determinărilor de grup ele pot cauza în urma unor interpretări greşite, accidente regretabile. Aşa de exemplu globulele A_2 nefiind aglutinate nici de serul A nici de B şi nici de O, ar putea fi confundate cu globulele roşii aparţinând grupului O, iar A_2B nefiind aglutinat de B, ar putea fi confundat cu B. Astfel se explică unele accidente, care se observă azi cu ocazia transfuziilor de sânge făcute cu respectarea tuturor regulelor artei, cu sânge perfect compatibil din punct de vedere al determinărilor obişnuite.

Stabilirea obişnuită a grupului sanghin după proba comună a lui *Moss-Beth-Vincent* poate da naştere uneori unor greşeli datorită fie unui ser învechit, fie unui ser cu titrul neprecis, fie că citirea reacţiunii s'a făcut mai repede, fie unor greşeli datorite coagulării sângelui sau unor fenomene de aglutinare nespecifice, ca pseudo-aglutinare, panaglutinare, autoaglutinare sau aglutinare la rece. In urma acestor greşeli de interpretare se poate ca donatorul să fie considerat grupul O şi în realitate să aparţină grupului A_1 sau A_2. Pentru a evita neplăcerile unei transfuzii nereuşite, se impune în cazurile dubioase totdeauna un control. In aceste cazuri pe lângă întrebuinţarea ser-testelor A şi B se impune completarea reacţiunii şi cu ser-testul O, (deci

cu trei teste) care aglutinează atât globulele A cât şi B *(Brines).*

Greşelile care survin la cetirea probelor serologice se datoresc în mare parte şi titrării insuficiente a serului test întrebuinţat. In procesul de aglutinare titrul aglutininelor din serul respectiv sau sensibilitatea aglutinogenului poate varia şi putem astfel observa diferite grade de intensitate de aglutinare. Uneori dacă titrul de aglutinare al serului este slab, aglutinarea globulelor nici nu poate fi observată, ceea ce duce la interpretări eronate.

Este bine şi recomandabil ca înainte de transfuzie, să li se facă dătătorilor care aparţin sau nu, unui centru de transfuzie, o nouă verificare a primei analize, din cauza posibilităţii unei greşeli la prima determinare. În marile centre de transfuzie ca Berlin, Paris, New-York, Leningrad, Moscova, Barcelona, Madrid etc. determinarea grupului se face de două trei ori, lucrând cu teste deosebite şi chiar în laboratoare deosebite.

Determinarea se va face fie cu trei teste, fie mai bine cu proba, încrucişată, care constă în determinarea comportării serului provenit dela individul căruia vrem să determinăm grupul sanghin, faţă de globule roşii etalon din grupul A şi B.

Această metodă completează fericit proba lui *Moss* şi *Beth-Vincent,* obţinând o determinare exactă a grupului sanghin, dând posibilitatea de a elimina un donator de sânge necompatibil, care la proba simplă cu ser test s'a arătat a fi acceptabil.

Aş vrea să renunţ de a intra în detalii asupra altor probe serologice însă vreau să menţionez, că în lipsa de ser testuri probele utile pentru determinarea compatibilităţii între sângele primitorului şi al dătătorului sunt: proba cu 3 picături a lui *Nürnberger,* proba cu 4 picături a lui *Mandelstamm* şi proba cea mai utilizată şi totodată cea mai simplă a lui *Jeanbreau* şi *Kubanyi.*

Nürnberger ia o picătură de sânge dela dătător şi amestecă pe o lamă de sticlă cu o picătură dintr'o soluţie de citrat de sodiu 5% şi o picătură din sângele primitorului. Aglutinarea arată că dătătorul şi primitorul nu fac parte din acelaşi grup sanghin.

Mandelstamm pune în contact o picătură de sânge dela primitor, pe o lamă de sticlă, cu o picătură de apă distilată. După ce s'a produs hemoliză, adaugă o picătură de citrat de sodiu 5% şi o picătură de sânge dela dătător. Amestecăm picăturile balansând lama şi cetim rezultatul după 2 minute. Dacă amestecul rămâne omogen sângele este compatibil, aglutinarea arată o incompatibilitate. Dacă se inversează proba, hemolizând o picătură de sânge dela dătător se poate stabili identitatea de grup.

Jeanbreau şi *Kubanyi* amestecă pe o lamă de sticlă, o picătură de ser, recoltat dela primitor, cu o picătură de ser fiziologic şi o picătură mică de sânge sau dintr'o suspensiune de sânge în ser fiziologic 10% recoltat dela dătător. (Suspensiunea de 10% se poate prepara uşor în pipeta Potain pentru globule albe). După amestecarea picăturilor rezultatul îl citim după 2 minute. Dacă se observă o aglutinare sângele este incompatibil, iar dacă amestecul picăturilor rămâne omogen, sângele dătătorului este compatibil cu cel al primitorului.

Dacă se inversează metoda, făcând proba încrucişată (cu serul dătătorului şi globulele roşii ale primitorului) se poate stabili sau verifica identitatea de grup. (Gingold).

Pentru stabilirea compatibilităţii între sângele dătătorului şi al primitorului este recomandabil ca înainte de a trece la executarea transfuziei să aşteptăm rezultatul probei biologice a lui *Oehlecker.* Bolnavul zace în poziţie comodă şi se observă pulsul. Dacă în interval de 2—3 minute, după prima injecţie de probă de 5—10 cc., până la 20 cc. sânge, (cu cât bolnavul este mai grav cu atât vom fi mai prevăzători) nu survin anumite schimbări, vom da de 3—4 ori mai mult sânge adică 30—50 cc. Dacă după alte 2 minute nu apar turburări, transfuzia poate să continue. *(Oehlecker).*

În decursul anilor am putut să ne convingem, că pe lângă toate probele, ante-proba biologică a lui *Oehlecker,* este de mare folos, ca ultima probă de siguranţă şi recomandăm să se facă totdeauna înaintea transfuziilor pentru a se evita o eventuală hemoliză. Această probă constitue o măsură de siguranţă atât pentru subgrupele A cât şi pentru dozarea neprecisă a titrului de aglutinare a serului test.

Dacă survine o stare de nelinişte cu frison, greaţă, vărsături, dispnee, cefalee, paloare, dureri abdominale, lombare, micşorarea pulsului etc., toate aceste sunt semne că sângele nu este compatibil şi nu este bine tolerat şi se produce un proces de hemoliză. O mică cantitate de 5—10 cc. sau 20 cc., după *Hesse,* de sânge transfuzat este suportată de bolnav, dacă transfuzia a fost întreruptă, dacă însă s'a efectuat o transfuzie mai mare şi dacă semnele hemolizei apar bolnavul de obicei sucombă. După cercetările experimentale ale lui *Hesse* dela Institutul de transfuzii sanghine din Leningrad, acest şoc se poate remedia prin o nouă transfuzie, masivă de sânge de acelaşi grup.

Se discută mult chiar şi azi care sunt donatorii de sânge preferabili cei homologi sau cei universali.

În general, autorii sunt de părere să se dea pe cât posibil sânge de aceeaşi grupă spre a evita complicaţiunile. În special această prevedere se aplică la răniţi cu mari pierderi de sânge şi la bolnavii gravi, *(Börkle de la Camp).* Astfel în serviciile de transfuzie bine organizate, totdeauna se găsesc donatori de aceeaşi grupă. Dacă din cauze excepţionale nu este realizabilă o transfuzie homoloagă şi întrebuinţăm după schema lui *Jeanbreau* şi *Giraud* donatori din grupuri străine, în aceste cazuri proba compatibilităţii şi cea biologică a lui *Oehlecker* trebuesc făcute necondiţionat pe câmpul de luptă.

Pentru ca transfuzia să fie uşurată prin cunoaşterea grupului sanghin al individului, în Germania se obişnueşte ca grupul de sânge al soldaţilor să fie fixat şi tatuat pe braţ încă de acasă din timpul recrutării.

Această idee nu este rea întru cât acasă şi în timp de pace grupul sanghin se poate determina mai bine şi cu mai mare siguranţă decât în timp de războiu în liniile înaintate.

Sângele transfuzat posedă o acţiune terapeutică complexă. Multiplele efecte se pot rezuma într'o acţiune de substituire a sângelui pierdut. ridicarea tensiunii arteriale, mobilizarea sângelui de rezervă, acţiune hematopoetică prin excitarea măduvei osoase acţiune hemostatică, acţiune antitoxică şi anti-infecţioasă şi în general ridicarea stării generale şi stării de rezistenţă a bolnavului.

Globulele roşii transfuzate rămân mult timp în vieaţă. În general li se acordă o supravieţuire de 20—30 zile *(Landois, Panum, Ashby)*, însă această durată de supravieţuire poate să fie şi de 7—8 săptămâni *(Backers, Martinet)*.

După transfuzie se constată o creştere evidentă a titrului de hemoglobină, a numărului hematiilor şi a celorlalte elemente figurate. Această creştere este proporţională cu cantitatea şi bogăţia globulară a sângelui transfuzat. Se poate constata la transfuzat, două faze în ceea ce priveşte numărul globulelor roşii. Prima fază este caracterizată printr'o creştere a globulelor în număr, imediată dar artificială datorită tocmai grefei străine şi mobilizării rezervelor de sânge depozitate în organele rezervoare, în special în splină şi ficat. Urmează apoi tot o augumentare însă o augumentare naturală datorită de data aceasta activării hematopoezei prin rezorbţia grefei.

Reticulocitele arată după 3—5 zile o creştere datorită activităţii mărite a măduvei. Trombocitele la început se distrug în sângele primitorului pentru ca numărul lor să crească mult în zilele următoare *(Kühl)*.

Ridicarea presiunii sanghine scăzute, până la nivelul normal, se face chiar în cursul transfuziei, restabilind astfel echilibrul şi mărind pe de o parte puterea de contracţie a inimei şi mobilizând pe de altă parte sângele aglomerat în sistemul capilar periferic *(Laubry, Tzank)*.

Acţiunea anti-infecţioasă şi antitoxică se explică prin o proteinoterapie sau o imunizare nespecifică datorită albuminelor străine din sângele transfuzat, care prin formarea de anticorpi şi prin excitarea ţesutului reticulo-endotelial măreşte puterea de rezistenţă a organismului.

Prima indicaţie principală a transfuziei de sânge în timp de războiu este hemoragia acută, masivă fie ea externă sau internă. Afară de acestea se mai recomandă transfuzia în hemoragiile lente sau repetate, care nu cedează la nicio altă terapeutică, în şocul traumatic, în cazuri de intoxicaţiuni cu substanţe hemotoxice, în arsuri şi în infecţiuni. Pe când ultimele indicaţiuni se pot efectua în marea majoritate a cazurilor numai în Spitale de campanie sau de zonă interioară, în cazul pierderilor acute de sânge transfuzia trebue efectuată la faţa locului adică la postul de prim ajutor.

În cazul de hemoragii acute şi masive unde s'a pierdut aproape $^1/_3$ din sângele total, rănitul nu poate fi salvat dela moarte decât prin transfuzie de sânge.

Substanţele de infuziune ca serul fiziologic, normosalul, tutofuzinul sau vitalserumul pot să completeze circuitul sanghin având o influenţă excitantă asupra formării hematiilor, ele însă nu pot niciodată înlocui în cazuri grave o transfuzie de sânge unde este vorbă de a salva vieaţa unui om, înainte de toate prin globulele roşii, purtătoare de oxigen.

Asupra cantităţii de sânge transfuzat în cazuri de hemoragii acute şi masive, părerile variază mult. În Clinica Chirurgicală sub conducerea D-lui Profesor *Pop*, în cazuri grave de pierderi de sânge în general, nu dăm niciodată mai mult de 500—600 cc. de sânge pur la început. Dacă este nevoie de a mări debitul sanghin, pentru completarea circuitului putem face fie o nouă transfuzie, fie mai des o infuzie intravenoasă de ser glucozat „goutte à goutte" după receta D-lui Profesor *Al. Pop*.

De obiceiu însă, cu 500—600 cc. de sânge nativ reuşim întotdeauna.

Recent am avut un caz în Spitalul Militar Sibiu unde un rănit care a prezentat hemoragii repetate a pierdut deodată o cantitate de aproximativ 2 kg. de sânge după câteva minute, rănitul era fără puls, respiraţia era superficială, rărită, tegumentele reci. După o transfuzie imediată de 500 cc., bolnavul a început să-şi revie. Un „goutte à goutte" cu sol. D-lui Prof. Pop şi o nouă transfuzie cu sânge conservat au salvat vieaţa bolnavului.

Noi suntem mai mult adepţii cantităţilor mijlocii de 500 până la 600 cc. de sânge, pentru transfuzii.

Acţiunea hemostatică a transfuziei de sânge în hemoragii parenchimatoase, în hemoragii lente, continue, care nu se pot opri cu nicio substanţă hemostiptică şi în hemofilie este bine cunoscută. În cazuri de leziuni traumatice ale splinei ficatului sau altor organe parenchimatoase, fie ele percutane sau transcutane cu arme albe sau arme de foc, transfuzia pentru oprirea hemoragiei, chiar dacă intervenim este binevenită. Este de reamintit că de multe ori în cazuri de pierderi mari de sânge, o operaţie salvatoare, este posibilă numai după o transfuzie.

În legătură cu şocul, fie el traumatic, operator sau chiar după hemoragii grave, se ştie că nu există un stimulent sau un excitant mai bun decât o transfuzie masivă. Şocul, după pierderi mari de sânge nu este o contraindicaţie a transfuziei, cum au considerat unii, ci din contra, bolnavul revine cu mult mai rapid şi o transfuzie în asemenea cazuri, este de cele mai multe ori salvatoare. Am obţinut în câteva cazuri rezultate foarte bune, când transfuzia a fost asociată cu o terapie cu Reticulina M a D-lui Profesor *Moldovan*.

În cazul intoxicaţiunilor cu substanţe hemotoxice, cum sunt oxidul de carbon şi acidul cianhidric, transfuzia urmată după o venesecţie este tratamentul cel mai indicat. Într'adevăr cauza principală a intoxicaţiunii cu oxid de carbon este anoxemia, care dacă este intensă omoară bolnavul. În aceste cazuri nefiind în circulaţie hemoglobină liberă, oxigenoterapia nu poate da rezultate. În schimb o venesecţie largă de 400 — 500 cc., aduce în circulaţie sânge de rezervă mai puţin intoxicat, iar transfuzia de sânge introduce hemoglobină activă şi astfel asigură succesul tratamentului ulterior cu tonicardiace şi oxigen. *(Koch).*

Pe lângă intoxicaţiuni, transfuzia de sânge mai aduce servicii mari în cazuri de arsuri întinse, atât de des întâlnite în timpul războiului. *Dreyfus, Tzank, Bürkle* şi alţii salvează bolnavi, cu arsuri grave, consideraţi drept cazuri mortale, după întinderea leziunilor, cu ajutorul transfuziilor repetate. Timpul critic la arsuri grave începe abia după 3—4 zile dela accident, când se observă o îngroşare a sângelui. Acesta este timpul optim pentru începerea tratamentului cu transfuzii, pe care îl vom asocia cu emisiuni de sânge ca şi în cazul intoxicaţiunilor. Aceste transfuzii zilnic repetate, sau în cazuri mai grave chiar de 2 ori la zi, transfuzând câte 400—500 cc. sânge, pot face minuni.

Tot aci amintim acţiunea salvatoare a transfuziei în septicemii şi în infecţiuni grave de război. Transfuzia de sânge având pe de o parte o acţiune bactericidă, pe de altă parte ajutând formarea anticorpilor, contribue astfel şi la rezistenţa organismului, *(Lévy-Solal, Keller, Bürkle de la Camp, Dalsace,* etc.).

Rezultatele obţinute sunt în funcţie de integritatea sistemului reticulo-endotelial. Deci transfuzia trebue să fie cât mai precoce, când organismul mai poate reacţiona prin această excitare. Doza utilizată este în general 150 — 200 cc. care se poate repeta la nevoie. *(Terechova).*

Despre întrebuinţarea sângelui dela reconvalescenţi de aceeaşi boală, cazuri care survin mai ales în Spitalele de Zonă Interioară, unii autori dau referinţe bune. La fel vaccinarea donatorului cu vaccinul morbului de care suferă pacientul prezintă avantaje incontestabile după *Wright* şi *Buzello.*

Sângele întrebuinţat la transfuzii în timp de război poate să fie sânge nativ sau pur şi sânge stabilizat şi conservat. De sigur că pentru orice transfuzie, mai ideal este sângele pur deoarece corespunde perfect tuturor cerinţelor unui tratament biologic, cu toate acestea rezultatele obţinute în războiul spaniol, cu sânge stabilizat şi conservat pledează pentru avantajele practice şi pentru eficacitatea analoagă a acestuia din urmă.

Aş dori să nu intru în detaliile descrierii diferitelor aparate. Fiecare aparat are avantaje şi desavantaje. Pe drept cuvânt a spus *Denk* odată că fiecare medic laudă aparatul cu care este obişnuit.

Întrebuinţarea sângelui proaspăt dela dătători dinainte selecţionaţi în timp de război, pe câmpul de luptă întâmpină greutăţi aşa de mari, încât utilizarea lui este aproape imposibilă. De aceea când locul şi timpul nu ne permit o transfuzie cu sânge nativ, va trebui să recurgem la transfuzii cu sânge dinainte stabilizat şi conservat care s'a dovedit a fi foarte practică, după cum o probează practica războiului recent din Spania, campania germană din Polonia, Franţa şi Rusia, unde aproape toate transfuziile s'au făcut şi se fac cu sânge conservat.

Lăsând la o parte utilizarea pentru transfuzie a sângelui defibrinat *(Moss, Beck, Hesse),* a sângelui placentar *(Döderlein, Bruskin, Ascoli, Anderson),* a sângelui provenit din hemoragii în cavităţile abdominale şi toracice *(Vildegans, Filatiw, Grigoriu* şi *Popovici),* a plasmei reziduale, *(Jeanneney),* a sângelui uscat *(Naogi Kiguchi),* a lichidului de ascită întrebuinţat ca înlocuitorul sângelui cu rezultate bune în campaniile japoneze *(Davis* şi *Withe, Käfer),* sau a altor preparate de sânge sau de componente izolate ale sângelui, care nu prezintă decât un interes foarte redus pentru cazurile de război, vreau să amintesc pe scurt unele noţiuni despre sursa principală pentru transfuziile în campaniile actuale.

În războaiele din ultimii ani, pentru transfuziile efectuate a fost întrebuinţat sânge conservat. Această posibilitate de a conserva sângele un timp mai îndelungat, prezintă multe avantaje care se evidenţiază mai ales în timp de război.

Cât priveşte folosirea sângelui de cadavru, metodă preconizată de *Judine* şi elevii săi *Skoundina* şi *Barenboim,* care se bucură în Rusia de o aplicare extrem de largă, ea n'a fost acceptată în nicio altă ţară.

În lumina noilor cercetări fiind stabilit, că pe de o parte sângele conservat păstrează în primeie trei săptămâni de conservare toate caracterele sângelui nativ, pe de altă parte dată fiind utilizarea mai avantajoasă şi mai practică, întrebuinţarea lui este recomandată cu aceeaşi căldură ca şi a sângelui nativ.

Şi noi în serviciul Spitalului Militar am făcut 36 de transfuzii de sânge conservat de 6—12 zile cu rezultate bune.

Cu toate acestea am găsit în literatură câteva accidente grave survenite după transfuzii cu sânge conservat. Aceste accidente se datoresc în mare parte pe lângă incompatibilităţi sanghine şi substanţelor toxice puse în libertate de hematiile şi plăcuţele traumatizate şi chiagurilor, care se pot forma, în urma unor greşeli de tehnică în timpul recoltării sau conservării sângelui.

Scilloral

Glicosidul cardiac maniabil cu mari posibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT . CHEM. FABRIK . BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

CALCIRON TRENKA

Guajacol - Calciu - Sirop de Malț

Gust foarte plăcut. Îl iau cu **plăcere** și copiii mici.

Ambalaje originale de 100 și 300 gr.

Ambalajul de 300 gr. costă cât 2 de 100 gr.

EUCARBON TRENKA

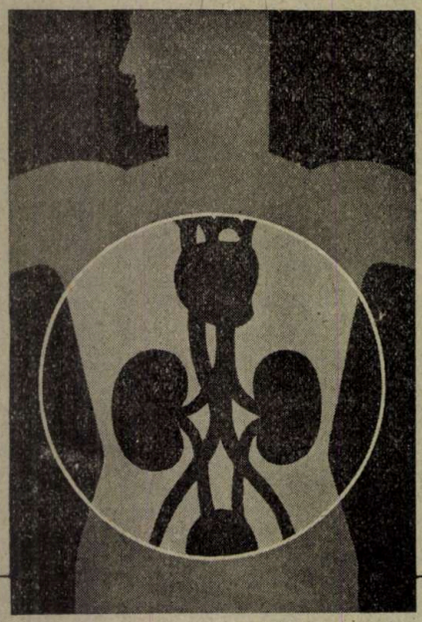
Ambalaj original de 40 și 100 Tablete.

— Unul dintre cele mai probate și eficace produse germane —

REPREZENTANT:

Mr. G. HIETSCH, Sibiu - Strada Gh. Coșbuc Nr. 15

Laborator chimico-farmaceutic



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

Pentru o conservare bună a sângelui se recere o recoltare aseptică, împiedecarea formării chiagurilor în timpul recoltării şi evitarea traumatizării sângelui.

Într'adevăr vom ţine seama de asepsie riguroasă, pentru ca sângele destinat conservării să se scurgă direct şi nemijlocit din vâna dătătorului într'un recipient acoperit, care împreună cu lichidul anticoagulant să fi fost prealabil sterilizate.

Sângele trebue să se scurgă în jet şi în mod continuu din vâna donatorului. Coagularea şi infectarea sângelui sunt pericolele cele mai mari. *(Hesse).*

Dintre multiplele soluţiuni de conservare, afară de Citratul de sodiu, (care se întrebuinţează în proporţie de 1:10 dintr'o soluţie de 5%, adică 50 cc. de soluţie de citrat de 5% la 500 cc. sânge) mai amintim *Heparinul,* numit după noul brevet *Vetren,* despre care în literatura germană, elveţiană şi americană se găsesc multe comunicări cu rezultate excelente. *Percy* recomandă citratul de litiu într'o soluţie de glucoză de 10% (soluţiile trebuesc separat sterilizate, iar amestecul se face chiar înainte de întrebuinţare). *Hesse* întrebuinţează *Synantrinul,* care e un antitrombin sintetic a Institutului de transfuzie din Moscova. *Peroni* şi *Forti* recomandă *Transfusolul* pentru conservarea sângelui.

În Spitalul Militar Sibiu pe lângă sânge citratat am obţinut rezultate bune şi cu serul I. H. T. adică serul Institutului Hematologic şi de Transfuziii din Moscova, utilizat în războiul recent din Spania într'o largă măsură de naţionalişti, care au modificat puţin formula lui. (Citrat de sodiu tribasic 5,5; Clorura de sodiu 6,5; Clorura de potasiu 0,2; Sulfat de magnesiu 0,045; Apa bi- sau tridistilata q. s. până la 1000,0; (Pentru conservara sângelui se va amesteca 1 litru de sânge cu 1 litru de soluţie I. H. T. O condiţie care se impune pentru prepararea acestei soluţii este ca toate substanţele utilizate să fie de o puritate absolută.

Sângele astfel stabilizat şi conservat se va păstra la întuneric şi la o temperatură între —2 până la +4°C. Sângele conservat după *Gnoinski* în recipiente sau fiole ermetic închise poate fi utilizat un timp mai îndelungat decât acela, care în timpul conservării a fost în contact cu aerul. Temperatura mai ridicată decât +4°C. şi lumina contribue ca hemoliza să apară mai repede.

Rezistenţa globulelor roşii scade cu timpul de conservare. Atât timp cât hematiile îşi păstreaza rezistenţa normală se observă o delimitare precisă între massa globulară şi stratul de lichid, care stă deasupra, fiind format din plasmă şi soluţia conservatoare. Acest lichid de deasupra masei globulare este limpede, aproape incolor sau uşor gălbui; când începe hemoliza, plasma ia o culoare rosacee.

Pentru evitarea accidentelor este recomandabil ca utilizarea sângelui conservat pentru transfuzii să se facă înainte de începerea hemolizei. Afară de aceasta, stratul masei globulare trebue să fie omogen, fără mici coaguli, altfel întrebuinţarea unui astfel de sânge ar putea să devină periculoasă.

Înainte de transfuzie sângele conservat trebue încălzit lent într'o baie marină până la 39°—40°C. Sângele neîncălzit la temperatura corpului poate cauza frisoane după transfuzie. Unii recomandă după 8—10 zile de conservare filtrarea sângelui *(Domaning, Schilling).* O încălzire de peste 40°C. duce la hemoliză după cum şi îngheţarea sângelui aduce cu sine distrugerea globulelor roşii.

La fel la transportarea sângelui conservat vom căuta ca fiola sau termos-conserva să fie lipsită de aer deasupra sângelui, deoarece şi prin agitare se poate începe un proces de hemoliză.

Afară de incompatibilitatea sanghină, şi elementele alterate ale sângelui conservat pot produce după transfuzii accidente a căror gravitate depinde de intensitatea procesului de hemoliză. Astfel în cazuri mai uşoare putem avea frisoane, accese febrile, erupţiuni urticariene, eriteme persistente, dureri articulare, turburări nervoase, crize de hemoglobinurie paroxistică, toate aceste fenomene în marea majoritate a cazurilor sunt fără urmări şi au tendinţă trecătoare. S'au descris însă şi cazuri mortale prin edem acut pulmonar *(Plummer),* ictere hepatice şi cazuri de uremii prin blocarea rinichilor, mai ales la bolnavi cu leziuni renale anterioare, *(Weiss, Brunner).*

In rezumat deci pentru evitarea accidentelor se vor lua toate precauţiunile, ca pe de o parte sângele transfuzat să fie compatibil, pe de altă parte să nu conţină chiaguri, să nu fie infectat sau hemolizat, substanţele stabilizante să fie proaspete şi chimic pure, iar tehnica transfuziei să fie impecabilă.

Simplificarea tehnicei de transfuzie prin sânge conservat recere însă o serie de precauţiuni în privinţa recoltării şi conservării sângelui.

Pentru ca aceste considerente să fie satisfăcute este necesară creerea unor centre de transfuzii pentru sânge conservat alăturate centrelor de transfuzie cu sânge pur. Şi dacă această Instituţie de utilitate publică, joacă un rol incontestabil în timp de pace, serviciul adus de ea devine şi mai mare în timp de război. Azi, chirurgia de război nici nu mai poate fi concepută fără transfuzia de sânge *(Morell).*

Organizarea şi funcţionarea unui astfel de serviciu de transfuzie cu sânge conservat în timp de război a fost descris de *Maisonnet* şi *Pilad* într'una din şedinţele Academiei de Medicină din Paris. Ei creează în zona interioară, pe lângă fiecare laborator regional centre pentru recoltarea sângelui. Dătătorii se recrutează dintre: reformaţi, auxiliari, lucrători din uzinele de armament, dela căile ferate şi în fine dintre dătători voluntari, bărbaţi şi femei de toate categoriile.

Din sângele recoltat aproape toată cantitatea de grupul O, va fi trimis la formaţiunile armatei, iar celelalte grupe A, B şi AB, şi o parte din grupul O se vor folosi pentru necesităţile spitalelor de zonă interioară.

Transportul sângelui în zona armatei se va putea face în răcitoare speciale, cu avionul sanitar sau auto sanitarele cari se reîntorc la baza lor de plecare după ce au evacuat răniţii.

Astfel se vor crea la laboratoarele armatei, rezerve de sânge conservat, pe de o parte din sângele trimis din zona interioară prin mijloace rapide, pe de altă parte din cel recoltat pe loc dela dătători din grupul O universal, cari prezintă răniri uşoare.

Sângele va fi păstrat în răcitoare de unde la nevoie va fi trimis în fiole sau baloane de 250 gr la formaţiunile sanitare înaintate cu automobile sau trăsuri, fiolele fiind aranjate în cutii speciale bine închise ce vor avea ghiaţă sau un amestec refrigerent ca saramură îngheţată sau zăpadă carbonică etc.

In războiul spaniol după comunicările lui *Blasio* fiecare brigadă naţionalistă îşi avea serviciul ei de transfuzie. In zona interioară au funcţionat 14 centre, instalate în oraşele mai mari situate în apropierea frontului. Fiecare centru dispunea de un grup de dătători selecţionaţi şi perfect controlaţi. Până în Iunie 1938, serviciul central de transfuzie a furnizat 400 litri de sânge conservat, transportat în cutii izoterme, uneori la distanţe de peste 350 km.

La republicanii spanioli serviciul central de transfuzie a fost la Barcelona. Acest centru în timp de 2 ani şi jumătate a distribuit 9000 litri de sânge, utilizând 28.000 dătători. După *Sokolovski* şi *Ellis* s'a întrebuinţat mai mult grupa O deşi majoritatea catalonilor aparţin Grupului A. Aceasta deoarece prin pierderea certificatului militar şi a semnului de identitate de grup, recunoaşterea grupului sanghin devenea adeseori imposibilă.

Germanii în actualul război practică şi la fel pe o scară foarte întinsă transfuzia de sânge, utilizând mai mult sânge conservat. Sângele conservat din centru şi din laboratoarele armatei este trimis prin avioane sanitare la posturile divizionare de unde echipe volante de transfuzii se deplasează în posturile avansate, făcând astfel posibilă transfuzia chiar în primele linii ale frontului.

La fel depozitele mari de sânge conservat găsite la ruşi dovedesc, că acest mijloc terapeutic a fost foarte apreciat la ei.

La noi în ţară putem nota până acum numai câteva începuturi de centre de transfuzie sanghină, iar puţinele informaţiuni ce le-am putut lua până acum dela medicii cari au venit de pe front ne dovedesc că acest mijloc terapeutic a fost destul de rar întrebuinţat în opera de salvare a răniţilor noştri. Avem speranţa, că forurile competente se vor sesiza de această mare lacună şi vor înfiinţa şi dota centrele necesare, pentru ca acestea să-şi poată da contribuţia în măsura progreselor ştiinţifice de până acum într'un eventual viitor conflict armat.

SPITALUL MILITAR „REGINA MAMA ELENA" SIBIU
Şeful Spitalului Lt. Col Dr. L. Ursu

Chimioterapia în infecţiile de război

de

Conf. Dr. I. Gavrilă

Aplicarea chimioterapiei în infecţiuni este dată destul de veche, însă rezultatele obţinute cu diferitele preparate chimice utilizate n'au fost totdeauna satisfăcătoare.

Faţă de chimioterapia de până acum, introducerea substanţelor sulfamidate în tratamentul diferitelor infecţiuni, constitue un progres incontestabil. Sulfamidele sunt introduse în teraple de 6 ani, literatura apărută despre ele este foarte imensă în toate specialităţile medicinei. Din toate aceste cercetări de ordin chimic şi experimental se degajează concluzia, că sulfamidoterapia reprezintă un progres real în terapia antiinfecţioasă şi astăzi când vorbim de chimioterapia infecţiunilor, înţelegem în primul rând sulfamidoterapia.

Infecţiunile de război sunt aceleaşi, pe cari le întâlnim şi în timp de pace, numai împrejurările etiopatogenice sunt puţin diferite, deaceea merită să se insiste puţin în mod deosebit asupra lor şi mai ales asupra modului de aplicare al chimioterapiei în aceste împrejurări.

Sulfamidele utilizate în diversele infecţiuni se cunosc foarte bine, le vom reaminti numai pe scurt: Intâi sunt sulfamidele azoice colorante, dintre cari sunt *prontosilul* german (Bayer), *rubiazolul* francez (Roussel), *Sulfazolul* românesc (Hygea).

In al doilea rând sunt sulfamidele albe, ne-azoice. Intre acestea cele mai principale sunt următoarele: *septoplixul*, *septazina*, *soluseptazina*, *gombardolul*,

prontalbina, dagenanul, eubasinum, albucidul, ulironul, ambesidul, eleudronul etc.

Calea de administrare şi dozajul. Următoarele căi de administrare se aplică sulfamidelor:

1. *Calea bucală.* Cea mai uşor de aplicat este calea de administrare bucală, dând la început 4—6 gr. pe zi, în tablete sau drageuri de 0,50 gr., în doză fracţionată în cursul zilei. In zilele următoare doza se poate menţine, dar se poate reduce şi la doze mai mici. După unii autori calea bucală ar fi mai activă în unele boli (erizipel) decât calea intramusculară.

2. *Calea intramusculară* se utilizează foarte obişnuit în terapia cu sulfamide şi de obicelu se dă din fiecare preparat 1—3 fiole (à 3—5 cmc.) în cursul zilei.

Noi de obicei asociem aceste două căi de administrare: în mod concomitent administrăm sulfamidă sub formă de injecţiuni şi pe cale bucală, obţinând astfel rezultatele cele mai bune.

3. *Calea intrarachidiană.* Unele din sulfamide cu mare precauţiune se pot administra şi pe cale intrarachidiană în meningite. In special după această cale se pot produce complicaţiuni foarte serioase.

4. In empleme sulfamidele se pot aplica *intrapleural*, în artrite *intraartricular.*

5. *Aplicaţiuni locale.* Un mod de aplicare foarte des întrebuinţat în ultimul timp este aplicarea locală în plăgi şi în leziuni cutanate sub formă de soluţiuni, pudră şi pomadă.

Indicaţiile. In ce priveşte indicaţiile chimioterapiei şi în special a sulfamidelor în diferitele infecţiuni de război, desigur că aceste indicaţiuni sunt foarte largi şi foarte variate, deoarece la răniţii de război şi apoi în timpul campaniilor obositoare se pot întâlni toate infecţiile.

Se pot întâlni sub formă sporadică sau epidemică infecţiuni cu meningococi, cu pneumococi, cu gonococi, cu stafilococi etc.

Sunt indicate apoi în diferitele plăgi de război infectate, când sulfamidele se administrează atât pe cale de injecţiuni şi cale bucală, cât şi sub formă de aplicaţiuni locale.

Vom trece în revistă pe scurt toate aceste indicaţiuni ale chimioterapiei cu sulfamide:

Meningococii. Cea mai deasă manifestare clinică a meningococilor este meningita cerebrospinală epidemică, care foarte adesea se întâlneşte în mod sporadic printre soldaţi, sau sub formă de mici epidemii prin cazărmi. Trupele obosite de marşuri sunt predispuse la infecţiuni.

Arsenalul terapeutic al meningitei cerebrospinale epidemice s'a îmbogăţit foarte mult prin introducerea sulfamidelor în tratamentul ei, în special dau rezultate foarte bune sulfamidele albe: dagenanul, albucidul, eubasinul, etc. Unii autori merg aşa de departe cu încrederea în tratamentul sulfamidat al acestor meningite, că fac numai terapia sulfamidată, fără seroteraple antimeningococică. Totuşi noi credem că în aceste împrejurări mai bine este să facem o terapie asociată: seroterapie şi sulfamide.

Vom face seroterapia antimeningococică polivalentă, cel puţin intramuscular şi concomitent sulfamide.

Dintre sulfamide se preferă cele albe: dagenanul, eubasinum, albucidul etc., pe cari le dăm în doză de 3—8 gr. pe zi, la început doze mai mari, apoi scădem dozele. Se administrează timp îndelungat, 10—15 zile, sau şi mai mult, astfel că se ajunge la o doză totală de 30—100 gr. sau şi mai mult. Dacă în cursul tratamentului se produc reacţiuni de intoleranţă (cianoză, greaţă, vărsături, erupţiuni cutanate etc.) atunci se suspendă medicaţia pentru 1 sau 2 zile, sau se reduc numai dozele până la trecerea reacţiunli, în caz de lipsă tratamentul poate fi reluat.

Calea principală de administrare este cea bucală şi unii autori se mulţumesc numai cu această cale. Totuşi în cazuri mai serioase de boală va trebui să dăm medicamentul în parte şi intramuscular, uneori chiar şi intrarachidian.

Rezultatul terapiei sulfamidate în meningita cu meningococi este foarte bun, aproape toate cazurile se vindecă şi noi credem, că rezultatul terapiei asociate (sulfamide plus ser) este şi mai bun.

Pneumococii. Dintre pneumococii în primul rând este pneumonia lobară, unde sulfamidele iarăşi dau rezultate foarte bune. Şi aci se preferă utilizarea sulfamidelor albe (dagenan, eubasinum, etc.) în doze de 3—6 gr. pe zi, timp de 7—10 zile. Calea de administrare obişnuită este cea bucală, se poate însă asocia şi calea intramusculară. Pleurezia pneumococică încă este bine influenţată de sulfamide.

In caz de meningite pneumococice rezultatele terapeutice cu aceste sulfamide încă sunt foarte bune, date în doză ceva mai mare şi mai prelungit, ca în meningita cerebrospinală epidemică.

Gonococii. Bolile venerice, în special blenoragia nu sunt rare printre soldaţi. Astăzi blenoragia se tratează în mod foarte eficace cu sulfamidele albe: dagenan, ulIron, albucid, dar în ultimul timp mai ales cu eleudron. Administrarea de obicei este suficientă pe cale bucală.

In şancrul moale autorii obţin iarăşi rezultate foarte bune cu sulfamidoterapia albă.

Streptococii. Intre streptococii în primul rând este erizipelul, care se poate întâlni fără o plagă vizibilă sub forma zisă a erizipelului medical, dar el poate complica şi diferitele plăgi, în special plăgi chirurgicale, când se vorbeşte de erizipel chirurgical. In erizipel se obţin rezultate excelente cu sulfamidele, în special cu sulfamidele colorate, roşii: prontosilul, rubiazolul, sul-

fazolul. Se administrează şi aci 3—5 gr. pe zi de sulfamidă pe cale bucală şi sub formă de injecţii intramusculare, până la vindecarea erizipelului. Chiar şi după căderea temperaturii se mai continuă tratamentul, cel puţin pe cale bucală numai.

In ce priveşte calea de administrare în erizipel, unii autori obţin rezultate foarte bune numai pe calea bucală; totuşi noi suntem aderenţii căii de administrare asociate (intramuscular şi bucal), cel puţin la început.

Intre răniţii de acum am avut ocazia să observ 4 cazuri cu erizipel chirurgical; toate aceste cazuri s'au vindecat foarte repede cu această terapie sulfamidată, la care am adăugat şi aplicarea locală de sulfamidă în plagă sub formă de pudră de exoseptolix şi pe placa erizipetaloasă sub formă de pomadă de dermoseptazină.

Alte streptococii, unde sulfamidele sunt utilizate, sunt *pleureziile purulente cu streptococi*, care constituesc o complicaţie foarte serioasă; totuşi unii autori obţin bune rezultate şi în aceste împrejurări cu o terapie conservativă cu sulfamide. Cu toate acestea aci nu vom aştepta prea mult cu tratamentul conservativ cu sulfamide, ci dacă este necesar vom recurge din timp la intervenţie chirurgicală, concomitent cu care vom face apoi şi sulfamidoterapie.

In *scarlatină*, care astăzi de cei mai mulţi autori este considerată ca şi o infecţie streptococică, încă se obţin rezultate satisfăcătoare cu sulfamide, în special cu cele roşii.

Rezultate foarte bune se obţin cu sulfamidele albe în *dizenteria bacilară*. Noi am tratat cu rezultat foarte bun 6 cazuri de dizenterie cu dagenan, administrat pe cale bucală în doză de 3—4 gr. pe zi, timp de 7—10 zile.

In stafilococii şi în *colibaciloze*, cari se întâlnesc fie sub formă de infecţiuni localizate, fie generalizate, încă se obţin rezultate apreciabile atât cu sulfamidele roşii, cât şi cu cele albe, administrându-le în doze moderate pe cale bucală şi intramusculară.

Plăgile de războiu. La indivizi cu plăgi de războiu unii autori aplică în mod sistematic în toate cazurile sulfamidoterapia. In rănile infectate, cu temperatură, toţi autorii aplică această terapie.

In aceste împrejurări se face o sulfamidoterapie generală pe cale bucală sau sub formă de injecţiuni intramusculare şi se mai face în special o aplicare locală în plagă a sulfamidelor.

In spitalul de răniţi Z. I. 482 împreună cu d-l Dr. Fabritius am aplicat această terapie sulfamidată pe o scară foarte întinsă şi credem noi, cu un rezultat satisfăcător.

Tratamentul general cu sulfamide se face cel puţin în cazurile cu temperatură, cu plăgi infectate cu focare purulente, de unde într'una se pot face invaziuni microbiene şi de toxine în circulaţia generală. In aceste împrejurări administrăm sulfamide roşii sau albe în doze de 2—5 gr. pe zi, pe cale bucală şi în caz de lipsă şi în injecţii intramusculare până la învingerea infecţiunei.

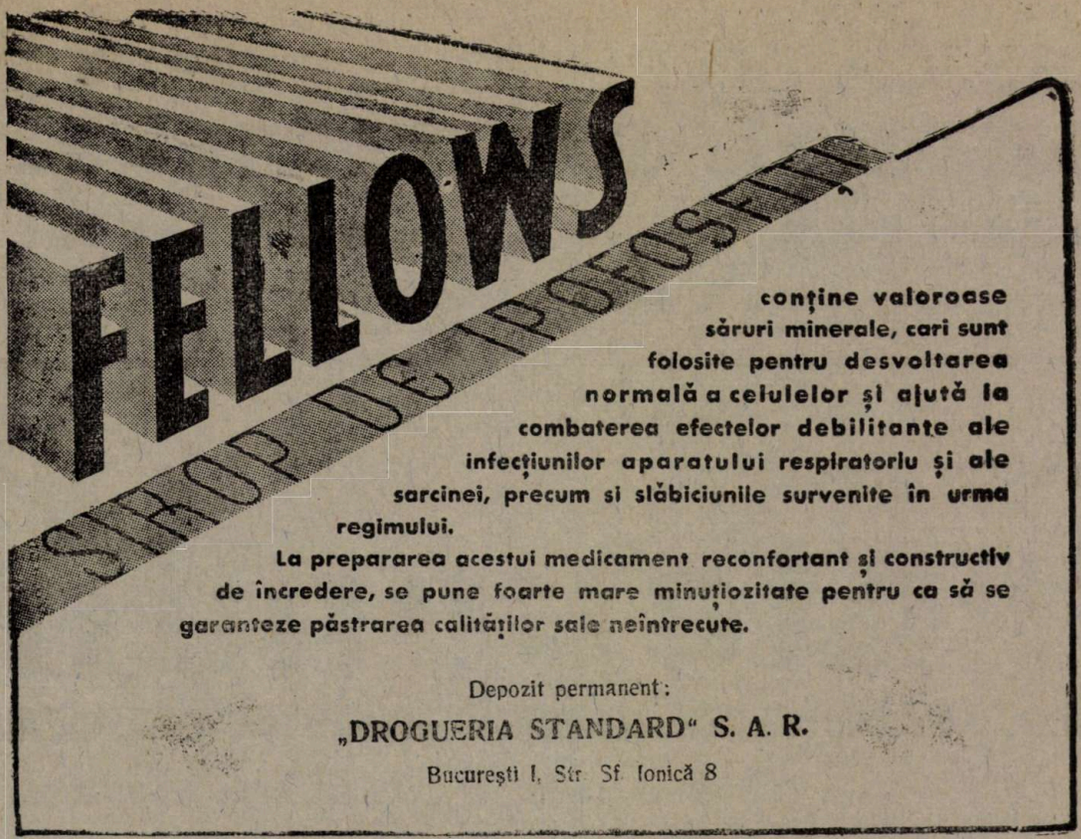
Pe lângă acest tratament general în mod concomitent se poate face o terapie locală a rănii cu sulfamide, care este un mod de aplicare destul de nou al acestor preparate.

Pentru aplicarea locală sulfamidele se utilizează sub formă de pudră, de soluţie şi de pomadă.

Noi în spitalul nostru de răniţi am utilizat pentru plăgi mai mult preparatul exoseptoplix sub formă de pudră. Cu ocazia fiecărui pansament rana era bine presărată cu această pudră albă. In cazurile cu cicatrizare întârziată a plăgii adesea am aplicat pe rană cu ocazia pansamentului pomadă dermoseptazină. Noi credem că prin această aplicare a sulfamidelor am obţinut o vindecare mai rapidă a cazurilor.

Alţi autori utilizează în aplicările locale cu rezultat tot aşa de bun alte preparate sulfamidate. *A. Jentzer* şi *R. Madjzonb* aplică preparatul chemoterapeuticum 4029 Hoffmann La Roche. *E. Schneider* utilizează preparatul de pudră mesudin-prontalbin. *P. Bossé* şi *R. Bossé* au folosit următoarele preparate: prontosil-rubrum-lactoză după receta: Prontosil rubr. 20,0, Mesudin 5,0, Sach. lact. ad. 100,0. Altă combinaţie: Prontosil rubr. 3.0 gr., acetonă 34,0, alcool 90% 62,0, glicerină 1,0. Aceasta este o soluţie cu indicaţiile soluţiei de iod. Au mai utilizat pasta de uliron 5%, mai ales în panariţii şi carbunculi.

Unii autori aplică pudra de sulfamide în fracturile deschise, unde mai întâi plăgile sunt curăţite, fracturile se repun şi se introduce local 5—15 gr. pudră de sulfamidă, apoi se suturează primitiv, obţinându-se astfel rezultate foarte bune.



conține valoroase săruri minerale, cari sunt folosite pentru desvoltarea normală a celulelor și ajută la combaterea efectelor debilitante ale infecțiunilor aparatului respiratoriu și ale sarcinei, precum si slăbiciunile survenite în urma regimului.

La prepararea acestui medicament reconfortant și constructiv de încredere, se pune foarte mare minuțiozitate pentru ca să se garanteze păstrarea calităților sale neîntrecute.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

București I, Str. Sf. Ionică 8

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB à 10 TABLETE
TUB à 20 TABLETE
ETUIS à 6 TABLETE

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

Bucureşti V, strada Logofătul Tăut Nr. 99

— **TELEFON 56903** —

Preparate noui

Profecundin

(Vitamina E.) vitamina reproducţiei

Tablete şi soluţie

1 tabletă sau 1 cc. sol. = 0,01 gr. vitamina E.

Sinthoestrin

Fiole şi tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil-oxi-alfa beta-dietilstilben

acţiune identică cu a hormonului folicular

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 U. I. hormon folicular cristalizat.

Problema tuberculozei pulmonare în războiu

de

Lt.-Col. **Dr. L. Ursu**
Şeful Spitalului Militar „Regina Mamă Elena"

Maior **Dr. N. Mihail**
Şeful serviciului de radiologie

şi

Dr. Nicolae Bumbăcescu
Asistent al Secţiei de boli pulmonare a Clinicii Medicale I din Cluj-Sibiu
Sblt. în rezervă

In ultimele decenii, lupta contra tuberculozei, ocupă un loc de seamă în toate ţările şi în unele din ele, efortul depus este deja compensat, prin o reducere foarte importantă a cazurilor de tuberculoză pulmonară deschisă şi contagioasă.

La noi, până în prezent, nu s'a făcut aproape nimic în combaterea tuberculozei şi prin numărul mare de bolnavi ne clasăm printre ţările cu cea mai mare morbiditate şi mortalitate din Europa.

In aceste condiţiuni este firesc ca şi în armată să se găsească un mare număr de bacilari. Dacă comparăm datele statistice obţinute în armată cu acelea din sânul populaţiei civile, se poate vedea net influenţa lor reciprocă.

Pentrucă profilaxia tuberculozei, este înainte de toate o problemă de ordin social, armata este chemată să ia şi ea parte la lupta antituberculoasă. De aceea problema tuberculozei în armată nu va putea fi definitiv soluţionată, decât atunci când, vom avea un armament antituberculos suficient pentru a putea depista şi trata toate cazurile de tuberculoză, ce se găsesc atât în armată cât şi în populaţia civilă.

Tuberculoza fiind o boală contagioasă, fapt ce nu poate fi azi de nimeni contestat, armata are tot interesul, ca, printre membrii ei activi sau concentraţi, să nu fie cazuri cu leziuni deschise, capabile să răspândească infecţiunea.

Cu toate că, legile şi regulamentele în vigoare prevăd dispensa sau reforma, pentru cei găsiţi bolnavi, în rândurile armatei noastre sunt încă şi azi foarte mulţi bacilari.

Această problemă, a format preocuparea câtorva medici militari şi în timp de pace, care au arătat statistic numărul mare de tuberculoşi printre soldaţii noştri. Aşa spre ex. Gral Bălănescu şi I. Gaşpar au găsit că „în fiecare an, medicii corpurilor şi ai spitalelor militare descoper peste 3500 cazuri de tuberculoză pulmonară şi osoasă, dintre care 250—300 mor în rândurile armatei, restul de peste 3000, fiind lăsaţi la vatră adeseori cu forme avansate şi incurabile de boală". După aceşti autori morbiditatea în armată ar fi de 18 la mie, deci de două ori mai mare decât în cea franceză.

Printre cauzele care fac să avem un număr aşa de mare de tuberculoşi în armată, în afară de lipsa unui control sistematic şi permanent ce ar trebui să fie făcut tuturor celor ce sunt chemaţi sub drapel, mai sunt şi altele, după cum am arătat deja într'o lucrare anterioară pe care unul din noi a publicat-o în 1940, în colaborare cu Conf. Daniello. Iată cele mai importante dintre ele:

Viaţa în comun, condiţiunile de igienă şi alimentaţie pe care le au soldaţii în timp de războiu mai ales, sunt factori de mare însemnătate pentru răspândirea infecţiunii bacilare, cu deosebire atunci când printre ei se găsesc bolnavi cu leziuni deschise. Or în armată, prezenţa acestora din urmă, se întâlneşte foarte des, după cum vom vedea, în cele ce urmează.

Eforturile fizice la care sunt supuşi soldaţii în timp de pace în vederea instrucţiei lor militare, dar mai ales acelea pe care le-au făcut cu ocazia concentrărilor, în ultimul timp al războiului, au o influenţă defavorabilă asupra rezistenţei generale a organismului, în urma căreia leziuni vechi şi stabilizate, pot deveni active şi evolutive.

Primo-infecţiunea tuberculoasă, după cunoştinţele recente, are un rol de seamă în frecvenţa tuberculozei în armată. De unde până în anii din urmă, se credea, că toţi adulţii sunt infectaţi în copilărie şi deci alergici faţă de noile infecţiuni, în urma lucrărilor făcute de Heimbeck, Scheel, Malmross şi Hedval, Courcoux, Rist şi altor autori străini, confirmate în ţara noastră de Băltăceanu şi Alexa, Nasta şi Gaşpar, Daniello şi colaboratorii săi, s'a arătat că un important număr de adulţi (procentul variază între 30% şi 70%, ajung la vârsta recrutării neinfectaţi şi cu reacţiuni negative la tuberculină. Tot odată, s'a dovedit că proporţia celor neinfectaţi, este mai mare printre locuitorii ţărilor agricole, aşa cum este şi cazul Ţării noastre.

La soldaţii, recent încorporaţi, dacă se practică sistematic cutireacţiunea la tuberculină, se găseşte un important procent de reacţiuni negative. Aşa de ex. Arborelius în Suedia găseşte un procent de 61,9%, Jean Troisier, M. Bariety şi Nico în Franţa 25%, Debénédéti, Oisseau şi Balgaires 33,95%, proporţia fiind de 25,5% pentru cei dela oraş, faţă de 54,25% proveniţi din mediu rural. La noi, cercetări similare au fost făcute de Gral Bălănescu şi I. Gaşpar, care examinând două contingente au găsit reacţiuni pozitive în 60,38%. Repartizaţi pe mediul din care au provenit

se constată 73,25% reacţiuni pozitive pentru cei dela oraş, faţă de 60.85% veniţi dela ţară.

Dacă aceşti tineri vin în contact cu surse de infecţiune, contractează cu uşurinţă o primo-infecţiune, care poate să ducă la tuberculoze evolutive şi grave, mai ales dacă nu sunt descoperiţi la timp şi puşi în bune condiţiuni igieno-dietetice, pe lângă un control medical permanent.

O altă cauză incidentală, care a sporit numărul cazurilor de tuberculoză în armată, asupra căreia a insistat Conf. Daniello, este revizuirea dispensaţilor şi a reformaţilor, făcută în cursul anului 1938. Această operaţiune de mare însemnătate pentru armată, s'a făcut în grabă, fără mijloace tehnice pentru depistarea tuberculozei şi fără medici de specialitate. Cu această ocazie au fost introduşi în armată mai multe mii de tuberculoşi incapabili pentru serviciul militar şi primejdioşi pentru camarazii lor sănătoşi.

Toate cauzele mai sus amintite au contribuit ca în rândurile oştirii noastre să se găsească totdeauna un mare număr de bacilari. De pericolul pe care aceştia îl prezintă pentru camarazii lor sănătoşi, s'au sesizat şi forurile superioare ale armatei, care au creiat pe lângă Ministerul Apărării Naţionale, un serviciu special al tuberculozei, cu menirea de-a organiza şi depista cazurile de tuberculoză din sânul armatei.

Cu toate acestea până în prezent, problema nu este rezolvată din punct de vedere practic. În cursul anilor 1937—38, pe un număr de peste 70.000 soldaţi examinaţi, Gral Bălănescu şi colaboratorii săi, găsesc tuberculoze latente în 8,57%, şi tuberculoze active şi contagioase în 0,78%, procent care este foarte ridicat, în comparaţie cu date similare pentru armata franceză sau germană.

În cursul anului 1940 Conf. Daniello şi Bumbăcescu, într'un studiu foarte documentat, asupra acestei probleme, arată că numărul celor bolnavi din cauza concentrărilor este sporit, insistă asupra pericolului pe care aceştia îl prezintă pentru armată şi dau o serie de indicaţiuni asupra modului cum ar trebui să fie organizată depistarea sistematică a cazurilor de tuberculoză pulmonară. Acest studiu ar putea oricând să fie luat drept model pentru organizarea luptei contra tuberculozei în mediul militar şi a măsurilor ce trebuesc luate pentru acei ce sunt găsiţi bolnavi.

Războiul actual va contribui cu toată siguranţa la sporirea cazurilor de tuberculoză în armată şi aşa destul de numeroase, deoarece condiţiunile favorizante răspândirii bolii, mai sus amintite, au fost crescute. Experienţa războiului trecut ne-a dovedit cu prisosinţă acest lucru. În anii ce i-au urmat s'a constatat o creştere a tuberculozei în toate ţările şi toate clasele sociale.

Cu privire la pericolul ce-l prezintă sursele de infecţiune bacilară pentru cei care sunt neinfectaţi, nu avem decât să citâm lucrările lui Sergent în legătură cu observaţiunile de primo-infecţiune, observate pe soldaţii armatei coloniale adusă în Franţa.

Integritatea fizică a soldaţilor, fiind una din condiţiile esenţiale pentru apărarea Patriei, este în interesul Statului, ca prin orice mijloc să se protejeze sănătatea lor.

Până în prezent, toţi cei găsiţi bolnavi erau trimişi acasă, fără nici un drept la pensie, chiar dacă boala survenea în timpul serviciului militar, excepţie dela această regulă, făcând în ultimul timp, ofiţerii şi subofiţerii, care primeau solda întreagă, timp de cinci ani în vederea tratamentului. Azi când s'a votat o lege, care prevede pensii acelora care s'au îmbolnăvit sau şi-au agravat boala în timpul serviciului militar în campanie, mai mult decât oricând este nevoie de un control pulmonar tuturor celor ce sunt chemaţi la armată, pentru ca Statul să nu fie obligat să plătească pensii acelora care n'au făcut altceva pentru oştire decât să răspândească infecţiunea, pe care ani de-a-rândul au împrăştiat-o şi în mediul social din care au făcut parte.

Pentru toate cele mai sus amintite, credem că nu este lipsit de interes să se insiste asupra pericolului ce-l prezintă tuberculoza pentru armată, precum şi a necesităţii ca triajul celor bolnavi să se facă cu o rigoare mai mare şi cu mijloace moderne pentru depistarea boalei.

Înainte de-a trece la acestea, ţinem să dăm câteva date statistice cu privire la frecvenţa tuberculozei printre bolnavii C. VII A., care au fost trimişi de unităţile lor pentru aşi aranja situaţia militară. Din numărul celor găsiţi bolnavi, reformaţi, trataţi sau trimişi în concediu, ne putem face o idee aproximativă despre numărul cazurilor de tuberculoză în armată în ultimul timp.

In studiul nostru am luat în considerare ultimii trei ani, de când se fac concetrări pe o scară mai întinsă şi am obţinut rezultatul de mai jos:

Anul	Nr. bolnavilor internaţi în secţia de boli interne şi contagioase	Nr. bolnavilor găsiţi cu leziuni pulmonare	Tbc. latente	Tbc. active şi evolutive	Reformaţi	Trimişi în concediu	Observaţiuni
1939	4296	1067 37.5%	807 18.8%	800 18.7%	800 18.7%	807	
1940	7153	2564 35.4%	1326 18.1%	1238 17.3%	661 9.4%	931	
1941	7502	3003 40.0%	1549 20.7%	1454 19.3%	338 4.4%	716	

Din tabloul aci alăturat, în primul rând, trebue remarcat numărul mare de leziuni pulmonare printre bolnavii trimişi în spital (în care nu sunt cuprinse, abcesele, dilataţiile bronşice, tumorile, afecţiunile pleurale etc.), care reprezintă ceva mai mult decât o treime din totalitatea lor.

Tuberculozele pulmonare active şi evolutive sunt reprezentate cu un procent mediu de 18,4% din totalitatea leziunilor pulmonare. Procentul este destul de ridicat cu tot numărul mare de reforme făcute în anii precedenţi. Aceasta ne face să bănuim că o parte din cei lăsaţi în concediu, pentru leziuni ce n'au format motiv de reformă, fiind recente, sau prea puţin întinse, şi-au agravat boala lor în timpul cât au stat acasă din lipsă de tratament, sau că triajul celor cu leziuni pulmonare a fost făcut în condiţiuni defectuoase. Acest lucru este posibil, întru cât noi am avut adeseori ocazia să observăm în spital bolnavi cu leziuni fibroase foarte întinse, pneumo sau idropneumotorace, frenicectomii etc., care înainte de-a fi fost trimişi pentru aranjarea situaţiei lor militare, au făcut luni de-a-rândul serviciul militar, fără de niciun control medical.

Dacă multiplicăm media anuală a celor reformaţi cu 7 (numărul corpurilor de armată), urmează că în fiecare an, sunt scoşi din armată, ca improprii serviciului militar, mai mult decât 4500—5000 tuberculoşi.

Cifrele de mai sus care cu toată siguranţa sunt inferioare celor reale, ne arată că toate eforturile depuse de serviciul sanitar al armatei n'au putut până în prezent, să reducă procentul celor îmbolnăviţi de tuberculoză.

Nu putem trage concluzii cu privire la pierderea pe care o are armata, de pe urma acestor soldaţi deveniţi inutilizabili pentru apărarea Ţării, scăderii standardului biologic, precum şi a sporirii surselor de contagiune în mediul în care se reîntorc. Pentru aceasta, ar fi nevoie să luăm în considerare toţi factorii care contribuesc la răspândirea tuberculozei, locuinţă, igienă educaţie etc.

Mai observăm în tabloul de mai sus, că numărul reformelor din anul în curs este mai mic în comparaţie cu anii precedenţi. Am fi tentaţi să credem că este o ameliorare a situaţiei, pe când în realitate ea este numai aparentă din cauză că spitalul corpului, având o secţie de boli pulmonare, care funcţionează din Februarie a. c., secţie în care se aplică toate mijloacele de colapsoterapie, un mare număr de bolnavi, care altădată ar fi fost reformaţi şi trimişi în sânul familiei, au fost reţinuţi pentru tratament, acordându-li-se numai concedii de boală.

Am adoptat metoda concediilor, pentru a nu-i pierde din observaţie, a putea verifica personal evoluţia ulterioară a boalei şi a ne face o părere cât mai exactă despre aplicarea diverselor mijloace de colapsoterapie în mediu militar şi de rezultatele ce se pot spera dela ele.

Metoda concediilor nu este ideală, dacă ţinem seamă că bolnavul trebue la date fixe să plece pentru a fi controlat. Ea ni se pare practică, fiindcă am observat că, bolnavii internaţi în secţie şi reformaţi au întrerupt tratamentul, chiar şi atunci când ei au plecat cu o stare pulmonară foarte bună, pe când dacă ştiu că obţinerea concediului este în funcţie de modul cum se îngrijesc, continuă tratamentul început. Cel puţin aşa se observă la o bună parte din cazurile pe care le-am îngrijit noi.

Din aceste motive, noi credem că reforma, în afară de faptul că îndepărtează sursele de infecţiune şi contagiune din armată, nu constitue o metodă din cele mai bune, cu atât mai mult, cu cât proporţia celor îmbolnăviţi este mai mare printre activi, adică tocmai la acea categorie de soldaţi, faţă de care Statul are cele mai mari obligaţii.

Spre a putea susţine cele afirmate mai sus, dăm aci un tablou care reprezintă numărul bolnavilor internaţi, observaţi şi trataţi în spital, pentru tuberculoză pulmonară în intervalul de timp Ianuarie—Octomvrie a. c.

In gruparea leziunilor ne-am servit de clasificarea clinico-radiologică, folosită în secţia de boli pulmonare a Clinicii medicale I din Cluj-Sibiu, de sub conducerea Conf. Daniello, care ni s'a părut a fi cea mai potrivită şi în care se pot încadra toate formele de tuberculoză pulmonară.

Această clasificare a fost publicată în „Ardealul Medical" Nr. 4—5 din Aprilie—Mai 1941. In tabloul nostru nu vom trece decât capitolele mari ale acestei clasificări.

Ianuarie-Sept. 1941	Tbc. vindecate complex primar calcefiat, calcefieri etc.	Tbc. active-evolutive din faza de primo-infecţiune şi generalizare	Tbc. active-evolutive de tip ftizic	Scleroze consecutive tbc. de primo-infecţiune şi generalizare	Scleroze consecutive unei ftizii	TOTAL
Concentraţi	90 11,4%	104 13,2%	217 27,5%	279 35,4%	99 12,7%	789
Activi	47 15,3%	68 22,2%	89 28,9%	64 20,9%	38 12,4%	306

Din acest tablou putem observa că numărul cazurilor de tuberculoze pulmonare active evolutive (luându-se în considerare grupul 2 şi 3), este proporţional mai mare printre soldaţii activi.

Prezenţa numărului mare de tuberculoze evolutive la soldaţii activi, este după noi un fapt de mare importanţă, dovedindu-ne că serviciul sanitar militar nu poate proteja sănătatea acelor care sunt chemaţi să facă armata, faţă de diferite boli, îndeosebi tuberculoză.

Dacă armata nu ia măsurile necesare spre a împiedica răspândirea infecţiunii tuberculoase printre membrii ei activi, în afară de pierderile de material uman pe care le are, va contribui într'o largă măsură şi la sporirea bolnavilor de tuberculoză în sânul populaţiei civile. Pentru aceste motive, serviciul sanitar al armatei trebue să găsească mijloacele necesare, şi asta cât mai curând,

ca depistarea precoce a cazurilor de tuberculoză pulmonară, să fie făcută în cât mai bune condiţiuni, precum şi posibilitatea ca cei găsiţi bolnavi, sau îmbolnăviţi în timpul serviciului militar activ să fie trataţi, înainte de a fi lăsaţi la vatră. Pe lângă serviciile imense aduse celui bolnav, care de cele mai multe ori după reformă nu se poate trata din considerente materiale, s'ar contribui într'o măsură apreciabilă şi la scăderea morbidităţii tuberculoase în populaţia civilă.

In dorinţa de-a fi cât mai bine informaţi despre frecvenţa tuberculozei în armată pe timp de războiu, am extins controlul şi asupra celor care au luat parte în zonele de operaţiuni pe frontul de răsărit.

Deşi numărul celor examinaţi nu este prea mare spre a ne permite să tragem concluziuni definitive, din cele constatate, se poate vedea că nici printre cei din prima linie, consideraţi teoretic sănătoşi, tuberculoza nu lipseşte.

Inainte de-a da rezultatele globale pe răniţii examinaţi, ţinem să rezumăm câteva foi de observaţie clinică, din secţia de boli pulmonare a spitalului.

Tuberculoze care foarte probabil au debutat în timpul serviciului.

Obs. Nr. 1. — C. S., ofiţer activ, în etate de 26 ani, fiind în zona de operaţiuni, de prin Iulie observă mici semne de debut insidios bacilar. Abia către sfârşitul lunei se prezintă la medicul corpului, care îl trimite în spital, de unde obţine un concediu medical de 30 zile, pentru debilitate generală şi modificări respiratorii. După obţinerea concediului este examinat în secţia de boli pulmonare a clinicii medicale I din Cluj-Sibiu, unde i se constată o tuberculoză pulmonară formă fibrocazeoasă cavitară a lobului superior stâng (vezi radiografia Nr. 1) cu expectoraţie baciliferă, stare cu care se internează în secţia de boli pulmonare a spitalului în 20 August. I s'a instituit un pneumotorace artificial, pe care îl continuă. Durata contactului cu camarazii de aproximativ o lună de zile.

Obs. Nr. 2. — S. A., ofiţer de rezervă, în etate de 26 ani, concentrat cu data de 10 Iunie a. c. Afirmă că înainte de a fi fost concentrat, la un examen pulmonar nu i s'a constatat nimic deosebit. La începutul lunii Septembrie face o emoptizie. Medicul unităţii, după cedarea emoptiziei, îl trimite la spitalul din Galaţi, pentru un examen pulmonar. Acolo i se acordă un concediu de 15 zile, pentru o leziune a lobului superior drept. La 10 Oct. se internează în secţia de boli pulmonare a spitalului cu o cavernă situată retroclavicular în dreapta (vezi radiografia Nr. 2) şi expectoraţie baciliferă. I s'a instituit un pneumotorace artificial. Durata contactului de aproximativ o lună de zile.

Obs. Nr. 3. — G. F., sergent activ, în etate de 20 ani. Fiind în zona de operaţiuni, în primele linii, prin Iulie observă că obosește mai uşor, are mici ascensiuni febrile, tuşeşte şi expectorează mucopurulent tot mai frecvent. După o lună şi jumătate dela aceste prime simptome se prezintă la medicul unităţii, care, suspectându-l de leziuni pulmonare, îl evacuiază la spital. A venit în serviciul nostru la 11 Octombrie, când i s'a constatat o tuberculoză cavitară a lobului superior drept, depăşită şi bilateralizată, cu expectoraţie baciliferă. S'a instituit un pneumotorace care a trebuit să fie abandonat, dovedindu-se a fi ineficace (vezi radiografia Nr. 3.) Durata contactului cu camarazii de aproximativ trei luni.

Obs. Nr. 4. — D. M., caporal activ, în etate de 23 ani, plugar, observă că din August obosește, tuşeşte şi expectorează mucopurulent, are mici ascensiuni febrile şi transpiraţiuni nocturne. In Septembrie face o mică emoptizie, pentru care motiv este evacuat la interior. In 16 Octombrie fiind examinat în secţia de boli pulmonare a spitalului, i se constată un infiltrat excavat în lobul superior drept cu expectoraţie baciliferă. Bolnavului i s'a instituit un pneumotorace artificial. Durata contactului cu camarazii săi de aproximativ 4—5 săptămâni.

Tuberculoze care au evoluat pe o leziune pulmonară mai veche despre care bolnavii aveau cunoştiinţă.

Obs. Nr. 5. — M. G., soldat concentrat, în etate de 28 ani, plugar, a fost internat în secţia de boli pulmonare a clinicii medicale I din Cluj, în cursul anului 1940, pentru o tuberculoză fibrocozeoasă cavitară a plămânului stâng, tratată cu pneumotorace artificial. Bolnavul simţindu-se foarte bine, întrerupe tratamentul. In lulie a. c. este concentrat şi repartizat la o brutărie de campanie. In urma eforturilor făcute se simte rău şi la un examen pulmonar făcut de medicul unităţii, constatându-i-se semne clinice de activitate, este trimis în spital. La 3 Septembrie este primit în secţia de boli pulmonare a spitalului, pentru un infiltrat excavat în stânga. Durata contactului cu camarazii de aproximativ 6 săptămâni.

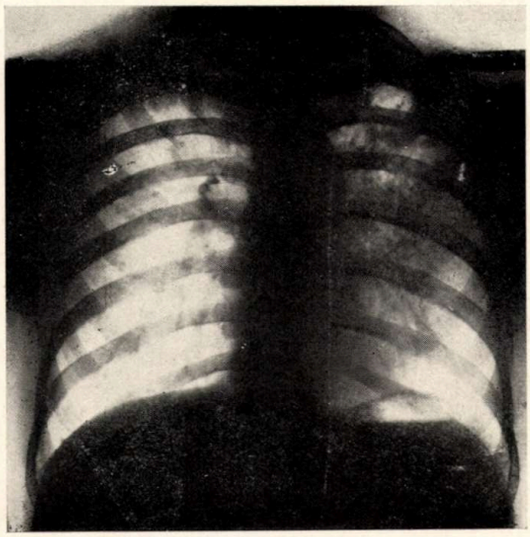
Obs. Nr. 6. — O. C., fruntaş, concentrat, în vârstă de 26 ani, agricultor. In antecedente are o pleurezie stângă, făcută în timpul serviciului militar activ. Este concentrat dela 1 Mai a. c. Face serviciul fără nici un inconvenient până când este rănit şi trimis în spital. Cu ocazia controlului pulmonar făcut la răniţi, i se constată pe lângă simfiza pleurală din stânga şi un focar de ramolisment, situat sub clavicular într'o zonă de umbre mai vechi şi bac. Koch în spută. I-se face tratament conservativ şi auroterapie. Durata contactului de aproximativ trei luni de zile.

Obs. Nr. 7. — M. N., soldat, concentrat, în vârstă de 28 ani, agricultor. In 1937 pleurezie serofibrinoasă stângă, confirmată prin puncţie. Este concentrat din lulie a. c. In urma eforturilor făcute observă că obosește mai uşor, tuşeşte şi expectorează mucopurulent, are febră. Fiind suspectat de leziuni pulmonare este evacuat la un spital de zonă interioară, de unde ajunge în serviciul nostru în 14 Septembrie. La examenul pulmonar i s'a constatat pe lângă o simfiză pleurală în stânga şi leziuni cavitare în ambii lobi superiori, (vezi radiografia Nr. 4) cu expectoraţie baciliferă. Pneumotorace nu a putut fi instituit. Durata contactului de aproximativ două luni.

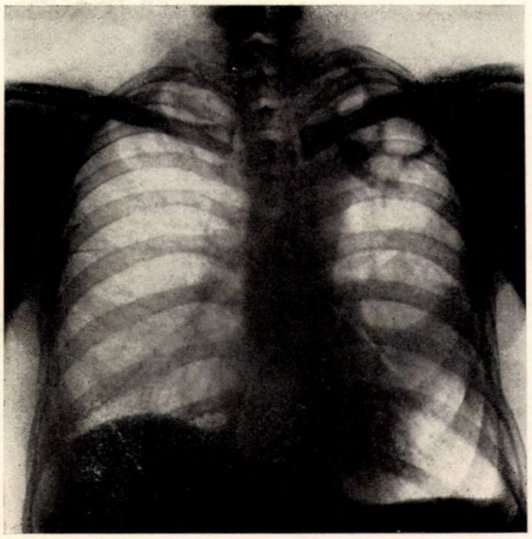
Obs. Nr. 8. — B. G., soldat, concentrat, în etate de 33 ani. Din Martie a. c prezintă semne de debut insidios bacilar. In Mai este concentrat. A fost văzut de mai multe ori la infirmeria corpului, unde i s'a administrat tratament conservativ. Din cauza eforturilor făcute în zona de operaţiuni, se simte tot mai slab. In cele din urmă este trimis la un spital de Z. I. Cu ocazia examenului pulmonar făcut în 3 Octombrie a. c. se constată o tuberculoză a lobului superior drept, destul de întinsă (vezi radiografia Nr. 5), cu expectoraţie baciliferă. I s'a instituit un pneumotorace artificial. Durata contactului cu camarazii de aproximativ 4 luni.

Tuberculoze agravate, la bolnavi cari nu aveau nicio cunoştinţă despre boala lor.

Obs. Nr. 9. — M. I., soldat activ, în etate de 22 ani. Este încorporat din 1 lanuarie a. c. De două luni este mai obosit, tuşeşte, are mici ascensiuni febrile, transpiră şi pierde în greutate. Examinat la infirmeria corpului şi suspectat de leziuni pulmonare este evacuat la spital. Bolnavul ajunge la noi în 1 Octombrie, când fi nd examinat pulmonar i se constată o tuberculoză fibrocazeoasă fibrozată în parte a lobilor superiori, cu o imagine cavitară în stânga (vezi radiografia Nr. 6) şi laringită specifică. Tratament conservativ. Durata contactului de mai multe luni.

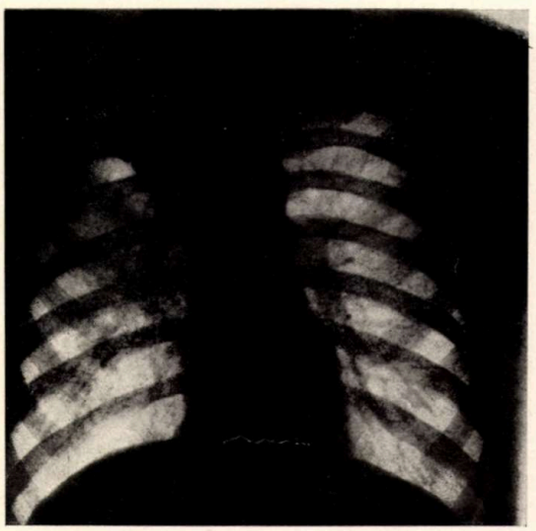


Radiografia Nr. 1

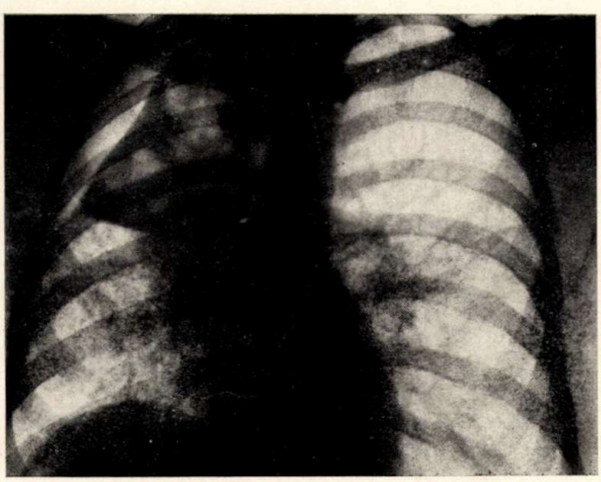


Radiografia Nr. 4

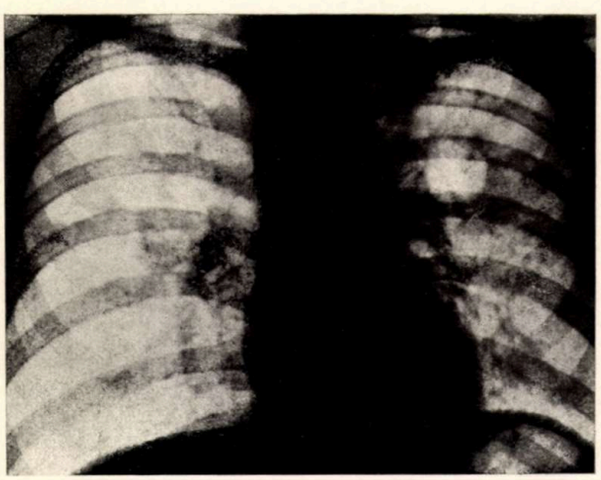
Radiografia Nr. 2



Radiografia Nr. 5



Radiografia Nr. 3



Radiografia Nr. 6

Obs. Nr. 10. — H. V., sergent, în etate de 33 ani, agricultor. Nimic deosebit în antecedente. Cu toate că a prezentat mici semne de infecţiune bacilară, nu a dat nici o importanţă acestora. Fiind rănit, este evacuat la un spital de Z. l. unde examinat pulmonar, i s'a pus în evidenţă o simfiză pleurală mai veche în stânga, cu o imagine cavitară situată subclavicular de aceiaşi parte şi expectoraţie baciliferă. Cu această stare este internat în secţia de boli pulmonare a spitalului. Pneumotorace nu s'a putut institui. Durata contactului de aproximativ două luni de zile.

Din observaţiunile de mai sus şi din altele asemănătoare, pe care nu le putem publica din lipsă de spaţiu, rezultă că unii din soldaţi cu rezistenţa mai scăzută, fac leziuni incipiente pe care şi le agravează din cauza eforturilor şi a condiţiunilor defavorabile de igienă, alţii cu leziuni vechi şi stabilizate şi le activează, fiindcă războiul întruneşte toate condiţiunile favorabile răspândirii tuberculozei pulmonare.

Rezultatul examinării globale, făcut pe răniţi, se poate vedea din tabloul de mai jos.

Examinaţi Total	Tbc. vindecate Calcifieri hilare, etc	Tbc. active evolutive din faza de primo-infecţiune şi generalizare	Tbc. active evolutive de tip ftizic	Scleroze consecutive Tbc. de primo-infecţiune şi generalizare	Scleroze consecutive unei ftizii
975	871 90.7%	6 0.6%	12 1.2%	61 6.2%	13 1.3%

Din cele de mai sus se observă, că printre soldaţii de pe front se găseşte un procent 1,2%, tuberculoze active şi contagioase. In afară de acestea trebue să mai ţinem seamă şi de formele recente care se pot agrava, precum şi de cele fibroase care se pot activa şi agrava în urma eforturilor.

Din consideraţiunile de mai sus reese clar, că, *„în formaţiunile din prima linie a armatei noastre, circulă nestingheriţi tuberculoşi contagioşi în mare număr, care răspândesc infecţiunea printre camarazii lor, că, din cauza acestor focare de infecţiune, numeroşi tineri încorporaţi contractează boala în armată şi că mulţi tuberculoşi cu leziuni vechi şi stabilizate, îşi reactivează boala, din cauza eforturilor la care sunt supuşi. Din aceste date se desprinde clar concluzia, că armata trebue să fie cât mai urgent şi radical curăţită de tuberculoşi"*.

Asupra modului cum ar trebui să fie organizată depistarea imediată a cazurilor de tuberculoză pulmonară în armată, ne asociem cu totul părerilor expuse de Conf. Daniello şi Bumbăcescu în studiul lor, publicat în „Clujul Medical" Nr. 2—1940.

Odată această curăţire făcută, serviciul sanitar al armatei mai trebue să la încă o serie de măsuri destinate să împuţineze numărul celor bolnavi.

Introducerea examenului pulmonar obligator la premilitari. S'ar putea cunoaşte în felul acesta, date privitoare la trecutul pulmonar, al tinerilor care se prezintă la recrutare.

Recrutarea, dar mai ales încorporarea tinerilor ce sunt chemaţi la armată, să se facă în condiţiuni medicale cât mai bune şi cu mijloace moderne, pentru depistarea tuberculozei pulmonare, dintre care examenul radiologic să nu lipsească niciodată, fiindcă noi ştim că, un diagnostic exact de tuberculoză nu poate fi făcut fără acesta. Toţi cei găsiţi bolnavi cu ocazia recrutării şi încorporării să fie imediat îndepărtaţi dela serviciul militar, aceasta fiind măsura cea mai urgentă, cea mai bună şi aceea care va aduce cu sine ce-a mai mare eficacitate.

In afară de examenul radiologic, care este cel mai important, trebue să se introducă şi cutireacţiunea la toţi cei care sunt încorporaţi, spre a se vedea care sunt negativi şi deci susceptibili de-a contracta mai uşor boala în contact cu o sursă de infecţiune.

In cursul serviciului militar, cu deosebire în primele luni, debilii şi cei cu reacţiuni negative să fie ţinuţi sub un control medical permanent şi la cele mai mici semne de infecţiune bacilară să fie internaţi pentru observaţie clinică şi trataţi, în cazul că starea pulmonară cere acest lucru.

In acest scop este nevoie ca pe lângă fiecare corp de armată, să fie câte o secţie de boli pulmonare, condusă de un medic specializat în acest domeniu, inclusiv tuberculoza. Pe cât posibil, ar trebui să fie secţii de izolare a bacilarilor şi pe lângă celelalte spitale mai mari ale armatei.

Se va căuta ca aceste secţii să fie cât mai bine conduse, cura de repaus şi diversele mijloace de colapso-terapie cât mai bine aplicate, pentru ca prin rezultatele bune ce s'ar obţine să se sporească încrederea celor ce urmează să fie trataţi în ele. Mai este nevoie să se facă prin aceste secţii o întinsă propagandă cu privire la condiţiunile de igienă, contagiune, mijloace de profilaxie etc. Toate aceste noţiuni ar trebui să fie cât mai mult difuzate în armată.

Se va căuta, prin toate mijloacele posibile, să se îndepărteze cauzele care produc diminuarea rezistenţei generale a organismului, în urma cărela, după cum am văzut, se poate produce reactivarea focarelor latente din organism. In primul rând se va ţine seamă de condiţiunile de igienă şi alimentaţie.

Măsurile mai sus amintite să fie totale, interesând deopotrivă pe ofiţeri, subofiţeri şi soldaţi.

Credem că măsura actuală, de-a se plăti pensi acelora care au contractat sau agravat tuberculoza în timpul şi din cauza serviciului militar în campanie, ar putea fi aplicată şi acelora care contractă sau îşi agravează boala în timpul serviciului militar activ, în timp de pace, indiferent de gradul militar.

Prin extinderea acestei măsuri, o mulţime de soldaţi, lipsiţi de mijloace materiale, s'ar putea trata şi pe lângă marele număr de bolnavi care ar putea fi sal-

vaţi, armata ar contribui în mod eficace şi la lupta antituberculoasă.

Pentru ca toate formele de tuberculoză să poată fi încadrate în mod corect, mai este absolută nevoie ca regulamentul militar sanitar cu privire la patologia aparatului respirator, în deosebi tuberculoza, să fie modificat în spiritul noilor achiziţiuni făcute în acest domeniu de ştiinţa medicală.

Mai trebue ca armata să-şi facă sanatorii unde cei care sunt aflaţi bolnavi să poată fi trataţi, înainte ca ei să fie lăsaţi acasă. Pentru acei care beneficiază de pensie, cum sunt în prezent ofiţerii şi subofiţerii, să se găsească modalităţile practice ca ei să se trateze, fiindcă sunt destui acei care se mulţumesc cu pensia, dar nu înţeleg să se supună unui tratament serios şi eficace.

O altă obligaţie, pe care o are serviciul sanitar militar, este de a-şi forma medici specializaţi în tuberculoză şi tratamentul său, fără de care cel mai bun armament antituberculos, este menit ca dela început să nu de-a roadele necesare.

Am amintit, că armata singură nu poate rezolva problema tuberculozei, decât în colaborare cu serviciile sanitare civile. Această colaborare ni se pare foarte necesară în vederea profilaxiei antituberculoase. Nenorocirea este că la noi nici acestea, nu posedă armamentul antituberculos suficient.

Singură Liga Naţională contra Tuberculozei, a reuşit să facă un foarte mic pas în ameliorarea situaţiei, care însă este foarte departe de-a fi suficientă.

Şi în prezent, cazurile de tuberculoză pulmonară depistate sau reformate din armată, sunt anunţate serviciilor sanitare civile. Intrebarea este dacă acestea pot fi plasate, dat fiind numărul mic de paturi de sanator pe care le avem. Ele abia dacă ajung la 6000, în timp ce numărul celor ce ar trebui să fie trataţi, depăşeşte cu foarte mult această cifră. Paturile existente, sunt în majoritate ocupate de bolnavii dela oraşe, rămânând pentru cei dela ţară un număr foarte mic.

Concluzii. Proporţia morbidităţii în armata noastră este foarte mare, după Bălănescu şi Gaşpar în 1937—38 fiind de 8,75% pentru tuberculozele latente şi 0,78% pentru cele active evolutive.

Sporirea considerabilă în ultimul timp a cazurilor de tuberculoză activă evolutivă, în rândurile armatei, este datorită chemării sub arme a contingentelor mai vechi, care aduc în sânul ei, pe vechii bacilari dispensaţi sau reformaţi, precum şi a factorilor adjuvanţi răspândirii tuberculozei, în urma condiţiunilor create de concentrările masive în ultimele luni de război.

Pentru a stăvili răspândirea infecţiunii tuberculoase în armată, este absolută nevoie ca cei găsiţi bolnavi să fie îndepărtaţi dela serviciul militar şi pe cât posibil trataţi, spre a nu servi drept surse de infecţiune în mediul în care se reîntorc.

Crearea unor servicii de specialitate, pe lângă fiecare corp de armată, pentru observaţia cazurilor dubioase şi tratarea corectă a celor bolnave. Infiinţarea de sanatorii militare, pentru membrii activi şi civili care fac parte din cadrele armatei.

Formarea de medici specializaţi în boli pulmonare, inclusiv tuberculoza şi tratamentul ei.

Acordarea de pensii acelora care contractează sau agravează boala în timpul şi din cauza serviciului militar în timp de pace, indiferent de gradul militar, aşa cum s'a conceput deja pentru acei care s'au îmbolnăvit în serviciul militar de campanie.

Intre serviciul militar al armatei şi cel civil trebuie să fie o cât mai strânsă legătură pentru a se putea face cu succes profilaxia tuberculozei pulmonare.

Organizare sanitară de război

Spitalele de zonă interioară

de

Medic Lt.-Col. Dr. Liviu Ursu
Şeful Spitalului Militar „Regina Mamă Elena", Sibiu

Odată cu decretarea mobilizării, Teritoriul Naţional se împarte — printr'o linie de demarcaţie — în două zone:

1. Zona Armatei de operaţiuni, în care toată administraţia trece sub autoritatea militară a Comandantului de Căpetenie al Armatei Operative.

2. Zona interioară, care rămâne sub autoritatea şi administraţia politică existentă. Ea constitue rezervorul principal de alimentare al războiului cu resurse de tot felul.

Din punct de vedere sanitar în zona de operaţii funcţionează numai formaţii sanitare mobile, capabile să urmeze trupele în deplasările lor: Posturi de prim ajutor, ambulanţe divizionare şi spitale de campanie. Acestea au rolul de a da primele ajutoare răniţilor, punându-i în situaţia de a putea suporta transportul

în zona interioară unde rănitul va găsi confortul şi tratamentul definitiv impus de rana sa; aceste formaţiuni nu reţin decât muribunzi, netransportabili şi uşor răniţii recuperabili în foarte scurt timp.

Prin vechea organizare, în zona etapelor se găseau spitalele de Armată, cari erau pe specialităţi şi unde se tratau temporal, cei grav răniţi şi definitiv uşor răniţii până la 30 zile de vindecare.

In actualul războiu aceste spitale nu au mai existat. Răniţii dela formaţiunile mobile treceau la postul principal de triaj al armatei respective şi de acolo erau evacuaţi la spitalele din zona interioară.

Zonei interne î-i revine deci marea îndatorire de a caza şi trata răniţii şi bolnavii evacuaţi de pe front precum şi cei proveniţi din interiorul ţării, — atât militari cât şi civili.

Acest rol însemnat îl îndeplinesc spitalele Z. I. cari sunt organizate de o Comisie centrală formată din:

Directorul Direcţiei Generale Sanitare şi Farmaceutice,

Ministrul Sănătăţii şi al Muncii,

Şeful M. St. M. Eşalonul II,

Preşedintele Soc. Crucii Roşii a României,

Un delegat al Ministerului Comunicaţiilor,

Un delegat al Educaţiei Naţionale.

In fiecare capitală de judeţ funcţionează câte o comisie judeţeană sub preşidenţia Prefectului şi având ca membrii pe:

Medicul militar cel mai mare în grad,

Primarul Oraşului,

Medicul Judeţului,

Medicul Oraşului,

Un delegat al Crucii Roşii,

Comandantul Cercului de Recrutare.

Această comisie are ca atribuţii organizarea şi dotarea spitalelor Z. I. cu toate cele necesare pentru cazarea şi tratamentul răniţilor şi bolnavilor.

Prin D. M. Nr. 1157 din 18 VII. a. c., spitalele Z. I. se împart în următoarele grupe:

1. Spitalele militare permanente — existente în timp de pace — cari se administrează şi mai departe după legile şi regulamentele militare depinzând însă de Comandamentele Teritoriale respective. Pentru continuitate s'a luat măsura ca şefii acestor spitale să rămână pe loc, iar tot restul personalului medical activ a fost înlocuit la mobilizare, cu medici ofiţeri de rezervă în majoritatea cazurilor specialişti.

Aceste spitale sunt mixte şi două treimi din paturi sunt rezervate pentru răniţii de pe front, iar una a treia pentru bolnavii din interior, — dintre cari mulţi sunt internaţi pentru clasări. — Cum aceste spitale dispun de săli de operaţii şi laboratoare, aici se internează răniţii cei mai gravi, cari au nevoie de intervenţii chirurgicale; ele funcţionează din prima zi a mobilizării.

2. Spitalele civile permanente din Z. I. precum şi din zona operativă cari rămân cu administraţia lor proprie atât ca personal cât şi norme de conducere; hrănirea bolnavilor şi răniţilor se face de spital în contul M. A. N.

3. Spitalele militarizate, înfiinţate după decretarea mobilizării având fiecare un număr şi cari se administrează ca şi spitalele militare permanente. Personalul medical şi administrativ al acestor spitale este recrutat din cadrele de rezervă ale armatei. Dotarea cu material a acestor spitale se face de M. M. S. O. S. din Depozitul Central şi cele regionale, şi la nevoie se completează prin rechiziţii locale de către Cercul de Recrutare. Unele din aceste spitale sunt dotate şi aprovizionate de Soc. Crucea Roşie a României. Altele de Consiliul de Patronaj al Operilor Sociale, precum şi de alte societăţi de binefacere, ca Comunitatea armenească din România, care întreţine un spital la Bucureşti pe cheltuiala sa şi mai ajută şi altele (numai la Sibiu a donat peste două milioane lei).

Spitalele Z. I. improvizate se instalează în localuri de şcoală, căminuri, internate, etc., şi se prezintă sub un aspect foarte variat în ce priveşte confortul. Lipsindu-le sălile de operaţii (în unele se improvizează) ele nu vor putea servi decât pentru tratarea răniţilor cari nu necesită operaţii mari.

In organizarea acestor spitale bucătăria şi spălătoria de rufe de multe ori a fost probleme greu de rezolvat. Conducerea şi administrarea acestor spitale — după legile şi regulamentele militare destul de complicate — a fost dată unor medici ofiţeri de rezervă dintre cari nu toţi au avut cunoştinţele şi experienţa necesară, iar ca ajutoare li s'a dat tot numai ofiţeri de rezervă, combatanţi dintre cei mai bătrâni fără nicio pregătire specială în domeniul administrării spitalului. Astfel medicii şefi ai acestor spitale îşi pierdeau aproape tot timpul numai cu probleme administrative şi birocraţie. Intr'un oraş din Banat unde au funcţionat patru spitale Z. I. cu patru ofiţeri combatanţi de rezervă ca administratori, niciunul nu a ştiut să încheie livretul de hrană.

In Franţa există un corp de ofiţeri de rezervă specializaţi pentru a îndeplini acest rol şi cari se recrutează mai ales dintre notarii publici. Cred că şi la noi ar trebui ca încă din timp de pace să se pregătească prin cursuri serale pe lângă fiecare spital militar viitorii administratori de spitale şi cari pot fi recrutaţi dintre ofiţerii de rezervă cari au depăşit 45 de ani sau cari au infirmităţi incompatibile cu serviciul de front.

Dotarea acestor spitale cu efecte spitaliceşti (lingerie de pat şi corp) în multe cazuri — mai ales la

început — a lăsat mult de dorit. Aceste lipsuri au fost completate într'o mare măsură prin rechiziţii ulterioare. Aparatele de Röntgen, fără de care astăzi nu se mai poate concepe chirurgia de război au lipsit şi lipsesc şi astăzi din aceste spitale şi filmele radiografice se obţin cu mare întârziere şi în cantităţi insuficiente. Dotarea spitalelor Z. I. nu s'a făcut uniform nu numai în toată ţara dar nici chiar în acelaşi oraş; în aceiaşi garnizoană existau spitale foarte bine dotate cu tot materialul necesar (lingerie, halate, papuci etc., mai ales cele ale Crucii Roşii) şi alături de ele alte spitale cari nu aveau nici lingerie de schimb decum halate, şi papuci. Acest tratament inegal poate să producă nemulţumiri şi de aceea trebue evitat. Am mai constatat că unele spitale având ca infirmiere benevole de Cruce Roşie doamne din elita societăţii oraşului respectiv adunau daruri (alimente, ţigări etc.) pe cari le distribuiau numai răniţilor din spitalul lor, iar răniţii din alte spitale nu se înfruptau din astfel de daruri, cea ce iarăşi producea nemulţumiri; la Sibiu toate donaţiile ce se făceau pentru răniţi prin Doamnele dela Crucea Roşie, se repartiza prin rotaţie la toate spitalele fără a favoriza pe unii şi a nedreptăţi pe alţii.

Alimentarea bolnavilor din aceste spitale s'a făcut prin ofiţerii de rezervă însărcinaţi cu aprovizionarea şi cari pe lângă faptul că nu cunoşteau întotdeauna multele formalităţi administrative care răpeau foarte mult timp nici nu găseau pe piaţă alimentele necesare, iar preţurile fiind foarte variate dela o garnizoană la alta şi în continuă urcare peste tot nu sa putut obţine o alimentaţie uniformă.

La Sibiu din prima zi a mobilizării am propus crearea unui centru de aprovizionare a spitalelor de Z. I. pentru toată Garnizoana, care însă nu s'a realizat. Astfel fiecare spital a lucrat pe cont propriu, de multe ori spitalele îşi făceau concurenţă pe piaţa de alimente.

Propun, ca pe viitor în loc de alocaţie să se dea raţii alimentare de către Depozitele Regionale sau de Garnizoană şi lista de mâncare să fie uniformă pentru toate spitalele din aceiaşi garnizoană, în felul acesta s'ar remedia neajunsurile constatate în prezent.

Evacuarea răniţilor din zona de operaţii la spitalele de Z. I. s'a făcut cu trenuri sanitare permanente. Din gări răniţii au fost transportaţi cu auto-sanitare şi toate mijloacele pe care le-au putut avea la dispoziţie. Este bine ca această problemă să fie dată în seama unei singure persoane care să aibă toată răspunderea. La Sibiu acest rol l-a avut Filiala Crucii Roşii, care din timp şi-a organizat serviciul de primire printr'un comitet de doamne cari împărţeau răniţilor băuturi răcoritoare sau încălzitoare după sezon, alimente, fructe, ţigări, etc., primirea se făcea totdeauna în gară cu muzică militară iar transportul răniţilor la spital cu auto-sanitare şi auto-buze şi vagoane de tramvaie electrice. Spitalele erau anunţate din timp de sosirea răniţilor şi îndată după sosirea în spital toţi răniţii erau pansaţi.

Deparazitarea răniţilor trebue să fie de rigoare dat fiind că tifosul exantematic în Rusia este endemic. Efectele răniţilor erau trimise la centre de reechipare care le curăţau şi deparau urmând ca răniţii vindecaţi la ieşirea din spital să fie reechipaţi de aceste centre. Această operaţie de multe ori a funcţionat defectuos din care cauză răniţii nu au putut fi evacuaţi la timp, blocând spitalul. Răniţilor vindecaţi li-se acorda permisii de 10 zile mai târziu de 5 zile pentru a-şi vedea familia, iar Consiliul de Patronaj al Operilor Sociale a acordat fiecărui rănit vindecat la părăsirea spitalului câte 500 de lei în numerar. Medicii şefi de spitale de Z. I. nu au drept să acorde concedii. Concediile răniţilor precum şi clasarea lor s'a făcut de Comisia Medico-Militară a Comandamentelor Teritoriale respective formată din 2 medici ofiţeri superiorpentru grade inferioare şi 3 membrii pentru clasarea ofiţerilor în plus 1 ofiţer combatant şi 1 plutonier ca secretar. Actele pe cari spitalele de Z. I. trebue să le prezinte Comisiei de clasare formând dosar pentru fiecare rănit sunt următoarele:

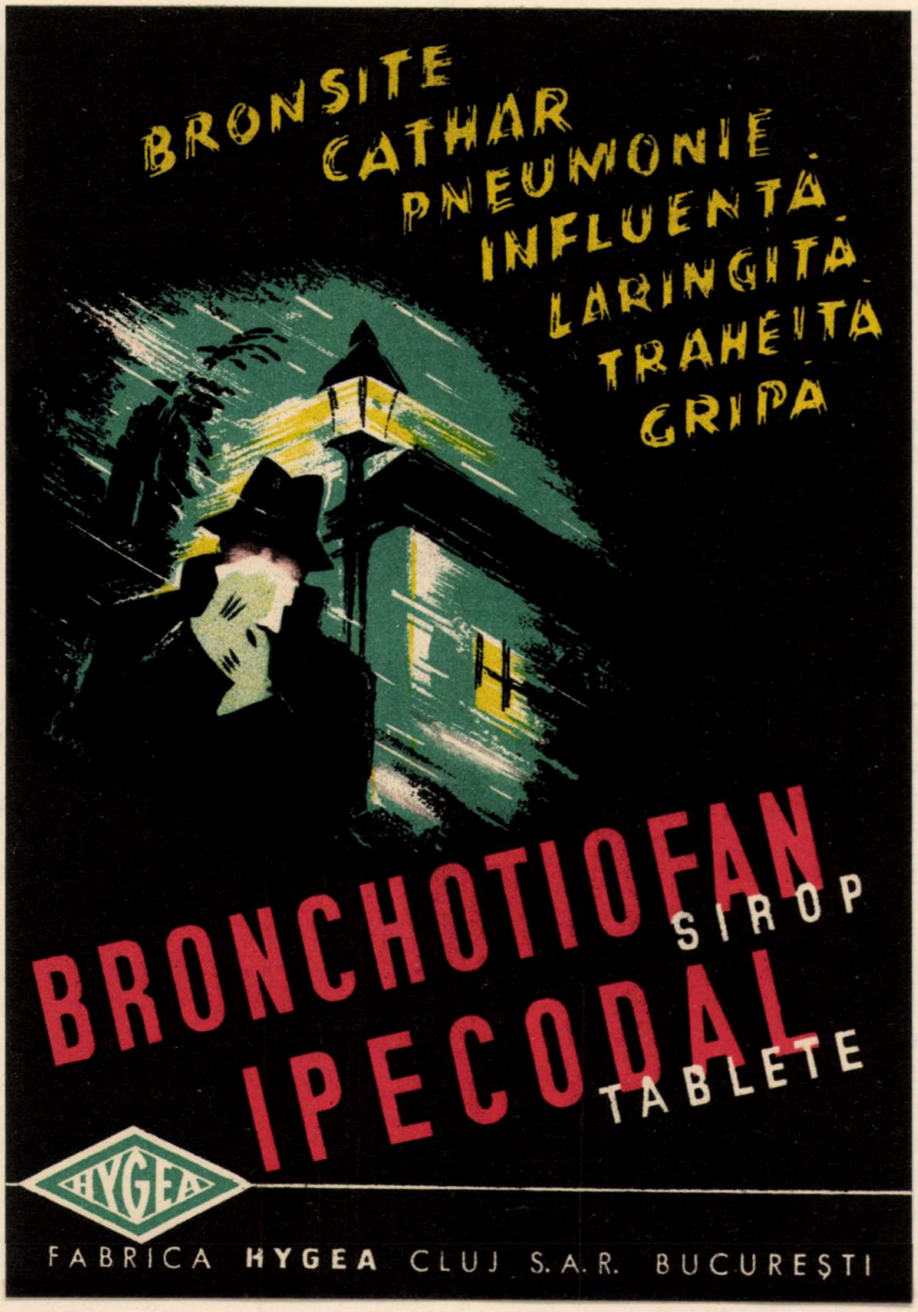
1. Fişa de sănătate întocmită din timp de pace şi verificată de medicul unităţii în primele zile de mobilizare, unde se consemnează starea de sănătate a fiecărui om pentru a se putea deduce eventualele agravări din război; civililor rechiziţionaţi li-se întocmeşte aceste fişe de medicul cercului de recrutare.

2. Fişa medicală dinainte menită să constate originea infirmităţilor sau boale dobândite de militar în serviciul armatei în timp de război. Aceste fişe se completează de medicii corpurilor ambulanţei divizionare sau al marelui post de triaj al armatei respective.

Fişa dinainte fiind actul de bază în ce priveşte recunoaşterea drepturilor rănitului şi urmaşilor lui la pensie sau ajutor în caz eventual de infirmitate va fi păstrată cu deosebită grije de rănit. Aceste fişe servesc şi de bilete de evacuare de pe front către formaţiile sanitare.

3. *Copie după foaia de observaţie.* Din cauză că nu s'au distribuit din Depozitele Regionale Sanitare foi de observaţie tip şi nu s'a dat nici cel puţin un model, fiecare spital de Z. I. şi-a procurat cum a putut aceste foi, foarte diferite între ele. La timpul său am înaintat locului în drept un model de foaie de observaţie menită să corespundă tuturor datelor pe care trebue să le cuprindă observaţia unui rănit. In calitate de Preşedinte al Comisiei I-a de clasare problema foilor de observaţie am resimţit-o.

4. Eventuale clişee radiografice şi buletine de laborator. — Dat fiind că mulţi dintre răniţi prezintă fracturi osoase este foarte important ca radiografiile


BRONSITE
CATHAR
PNEUMONIE
INFLUENTA
LARINGITA
TRAHEITA
GRIPA
BRONCHOTIOFAN
SIROP
IPECODAL
TABLETE
HYGEA
FABRICA HYGEA CLUJ S.A.R. BUCUREȘTI

cari s'au făcut pe la diversele formaţiuni sanitare şi spitale de Z. I. să însoţească pe rănit în eventualele evacuări, fapt care nu prea s'a făcut şi neajunsurile întâmpinate din această cauză sunt uşor de înţeles.

5. Orice act oficial din care să se constate că boala sau infirmitatea este provenită sau agravată în timpul şi din cauza războiului. Pe baza acestor acte după examinarea bolnavului sau rănitului comisia acordă concedii dela 15 zile în sus, clasează pentru serviciul auxiliar şi pentru reformă definitivă sau temporală stabilind şi procentajul de invaliditate. Răniţii cari au nevoie de mecano sau fizioterapie sunt propuşi tot de comisie pentru a fi trimişi la Centrele respective. Dat fiind că mulţi răniţi pot fi recuperaţi dacă li se face la timp tratamentul mecano şi fizioterapice se impune ca din timp să fie organizate şi puse în funcţiune cât mai multe centre de acestea; altfel bugetul statului va fi grevat cu pensii şi ajutoare multe, cari ar putea fi evitate.

Comandamentul 7 Teritorial are un centru mecanoterapic la Sibiu, condus cu toată competinţa de D-l Prof. Dr. Sturza, unul în curs de organizare la Timişoara cu aparatele împrumutate de Soc. Muschong din Buziaş precum şi un centru fizio-terapic la Spitalul de Boli Mintale Sibiu.

O grije deosebită trebue să fie acordată problemei tuberculozei care în timp de războiu găseşte întrunite toţi factorii favorizanţi pentru propagarea sa. M. A. N. Direcţia Sanitară în urma intervenţiei Ligei contra tuberculozei a ordonat ca în fiecare garnizoană să fie examinaţi toţi răniţii din spitalele Z. I. de către un phtiziolog. La Sibiu Dr. Bumbăcescu a executat această examinare constatând că $1^1/_2$ din răniţi erau purtători de leziuni tuberculoase pulmonare evolutive. Prin noua lege privitoare la clasarea militarilor şi tuberculoza este trecută în rândul boalelor cari dau drept la pensie cu condiţia ca să se stabilească că boala este provenită sau agravată în timpul şi din cauza serviciului militar în războiu.

Spitalele de Z. I. sunt încadrate şi cu personal de asistenţă format din infirmierele benevole de Cruce Roşie, precum şi cu personalul obligat să presteze muncă de folos obştesc. Personalul de serviciu este recrutat dintre miliţieni cari în majoritatea cazurilor nu au nicio pregătire, din care cauză randamentul muncei lor este foarte redus. Cred că ar fi mult mai bine ca în locul miliţienilor cari pot fi mult mai utili la munca câmpului sau meseria lor să fie angajat personal femenin, fie dintre cel obligat la muncă de folos obştesc fie şi poate mai bine personal angajat benevol şi retribuit cu un salariu corespunzător.

Prin grija Crucii Roşii răniţilor din spital li s'a pus la dispoziţie cărţi de cetit şi reviste. Prefecturile au dat aparate de Radio iar Consiliul de Patronaj al Operilor Sociale a organizat un serviciu social menit să servească informaţii precise membrilor familiilor răniţilor; fiecărui rănit i s'a întocmit câte o fişe individuală. In fiecare Garnizoană şefii spitalelor de Z. I. ţineau consfătuiri pentru coordonarea serviciului şi cari s'au dovedit foarte utile.

Publicul şi-a manifestat dragostea şi admiraţia pentru bravii noştri răniţi, atât la gări unde i-au primit cu flori şi daruri, cât şi ulterior în spitale. N'au lipsit nici micile distracţii, organizându-se atât de particulari, cât şi de Doamnele din Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale şi din Societatea Crucea Roşie, serbări, concerte etc.

Şi în privinţa aceasta putem lua exemplu dela marii noştri aliaţi germani, cari au organizat — pentru răniţii din spitalele din teritoriile ocupate şi din ţările amice, — teatre ambulante, cari dau reprezentaţii foarte distractive.

In prezent numărul răniţilor din spitalele Z. I. este într'o continuă şi rapidă scădere, majoritatea lor plecând complet vindecaţi.

Mai rămâne un oarecare număr de răniţi la cari va intra în funcţiune chirurgia de reparaţie, pe lângă mecano-fiziotherapie şi invalizi cari au nevoie de proteze şi reeducare profesională.

Spitalele de zonă interioară şi-au făcut datoria.

Consideraţiuni cu privire la organizarea şi funcţionarea serviciului sanitar în campania actuală

de

Dr. Dumitru Căprioară

medic Cpt. în rez.

Activând la un spital de campanie timp de 5 luni şi mai bine, am făcut unele constatări în ceea ce priveşte organizarea şi funcţionarea serviciului nostru sanitar în campanie.

Aceste note n'au pretenţia originalităţii şi nici caracterul unei critici, care să fie rău înţeleasă, ci dimpotrivă, sunt izvorite dintr'un cald patriotism şi din dorinţa de mai bine.

* * *

In vederea şi cu ocazia mobilizării, înfiinţarea spitalului nostru, a durat aproape o lună. A avut deci tot timpul să se organizeze aşa cum se cerea.

In acest timp, la compania sanitară unde eram concentrat, am asistat la înfiinţarea formaţiunilor sanitare (spitale de campanie, spitale de Cruce Roşie, ambulanţe divizionare, infirmerii de gară etc.) şi plecarea acelora dintre ele, cari erau reclamate înaintea noastră.

Am constatat cu această ocazie că, *înfiinţarea, respectiv, mobilizarea acestor formaţiuni* este o operaţiune militară care cere multă chibzuinţă şi serioasă capacitate.

Intocmirea carnetului de mobilizare, este operaţiunea principală, de aceea credem că, ea trebue încredinţată organelor celor mai capabile pentru aceasta.

D-l General Medic Dr. Oprescu ne povestea cu ocazia unei inspecţi, câtă grijă şi muncă a trebuit să depună atunci, când i-a fost încredinţată întocmirea carnetelor de mobilizare.

Dotarea cu *material sanitar* a acestor formaţiuni a fost completă şi suficentă. Materialul a fost de bună calitate. S'a depus toată grijea şi râvna, lucrându-se corect şi cinstit la acest capitol; este o remarcă ce am făcut-o cu toţii în discuţia avută cu conducătorul Direcţiei Sanitare din M. A. N.

Funcţionarea aprovizionării cu acest material în decursul activităţii formaţiunilor sanitare s'a făcut la timp şi fără sgârcenie. A fost din abundenţă: vată, feşi, material de pansamente şi de operaţii. In privinţa aparatelor, nu avem decât constatările cele mai mulţumitoare. Au fost bune, şi perfecte în funcţionarea lor. Astfel au fost autoclavele, pupinelele, şi altele. Impozante, elegante şi perfecte sunt aparatele de Röentgen. Elegante şi utile sunt maşinile săli de operaţii sau de Röentgen. Complete au fost trusele chirurgicale, şi diferitele lăzi de pansamente.

O singură remarcă am face referitor la trusa chirurgicală şi anume: lipseşte un depărtător abdominal, cel existent este prea mic, inutilizabil.

Acele curbe, Hagedorn, tăiate lateral nu se puteau folosi, nu puteau fi prinse cu portacele pe cari le aveam.

Catgut-ul a fost suficient şi bun, dar a lipsit aţa, şi ar fi bine dacă s'ar prevedea şi acest articol. S'a simţit la început lipsa ghipsului, a tuburilor de cauciuc, şi a atele-lor, etc., dar s'a putut la vreme şi repede procura.

Criticate, unanim, au fost etuvele „Wolf" deşi la funcţionare au fost perfecte, atât pentru deparazitare şi sterilizare, cât şi pentru duşuri. Transportul lor a fost greu. Cred că fiecare etuvă, în privinţa aceasta îşi are povestea ei. Aş fi curios să ştiu câte din formaţiile plecate şi-au adus, la întoarcerea lor, etuva. Este prea grea, şi roţile fiind prea subţiri, sunt nepotrivite drumurilor noastre.

Ni s'a spus de forurile competente că ea a fost prevăzută pentru transportul cu trenul; dar nu s'a prevăzut că atât spitalul cât şi ambulanţa sunt formaţiuni mobile şi trebue necontenit să tragă după ele acest balast?

Să spună cei cari s'au îngrijit de transportul ei cât au pătimit cu ea. De multe ori, n'au fost suficient 6—8—10 şi chiar mai mulţi cai, şi au trebuit 8—10 perechi de boi pentru tracţiunea ei. Noi am plimbat-o până în Transnistria, şi ne-am folosit de servicille ei, dar aici, cu regret, a trebuit să o abandonăm, deşi aveam om special şi specializat cu transportarea ei.

Să i se transforme roţile şi să i se ataşeze un tractor şi atunci va fi apreciată.

La *dotarea cu material şi animale,* cred că, ar fi ideal, dat fiind caracterul modern al războiului „războiu fulger, războiu de mişcare" să se transforme aceste formaţiuni din hipo-, în auto-mobile. Este mai economicos, mai practic şi mai convenabil în ceea ce priveşte rechiziţiile şi mijloacele de muncă ale gospodarului. Se reduce mult numărul oamenilor putându-se da în cazul acesta dintre aceştia şi altor unităţi. N'ar mai fi nevoie de cavalerişti acestor formaţiuni toţi băieţi tineri cari ar rămânea la regimentele lor. Este, în sfârşit, o economie în bani, costul întreţinerii cailor şi al reparării căruţelor de rechiziţie, este mai mare decât al carboranţilor, mai ales că nu-i nevoie de prea multe maşini. Au fost, apoi, cai cari au murit între timp, şi cari fiind de rechiziţie, trebuesc plătiţi.

Materialul sanitar se transportă mai bine în maşini decât în căruţe, unde fiind expus intemperiilor vremii se alterează şi păcat de el şi de banii cari s'au dat pentru el.

Nu mai vorbim de deplasările acestor formaţiuni, ce economie de timp şi ce facilitare în transport ar fi, având maşini. De acest lucru s'a convins comandamentul corpului nostru, care a avut toată înţelegerea şi bunăvoinţa, trimiţându-ne în ultimul timp maşinile lui pentru a transporta pe medici şi materialul sanitar, iar căruţele făcând drumul, aproape goale, după noi.

Dacă organizarea armatei cere să fie şi astfel de formaţiuni hipomobile, să rămână atunci câteva, dar să li se prevadă un număr de maşini necesare unei deplasări mai rapide, şi unei mai bune şi uşoare aprovizionări.

Incadrarea cu medici a acestor formaţiunii a fost criticată. Forurile conducătoare cred că, au fost sesizate de acest lucru. Au fost spitale şi ambulanţe fără chirurgi adevăraţi, sau cu prea puţini.

Dacă dotarea cu material sanitar a fost completă şi suficientă, tabloul medicilor a fost incomplet sau rău făcut.

Nu s'au putut mobiliza medicii prevăzuţi în carnetul de mobilizare. Au fost puţini, şi de multe ori schimbaţi şi mutaţi.

Pentru a se obține o încadrare optimă credem că s'ar impune unele măsuri și anume: Selecționarea specialiștilor și în deosebi a chirurgilor să se facă nu după declararea liberă a fiecărui medic la cercul de recrutare cu ocazia vizei carnetului de ofițer de rezervă, când fiecare se declară specialist și mai ales chirurg, pentru a fi repartizat într'un loc mai convenabil, ci să se pretindă certificate de serviciu, de activitate, în specialitatea respectivă Nu s'ar mai vedea astfel, dentist, șef de secție chirurgicală la un spital de campanie, fiindcă a fost luat drept chirurg.

Chirurgii acestor formațiuni să fie chirurgi adevărați, desăvârșiți, bine pregătiți și cu mulți ani de activitate în specialitate.

Să se raționalizeze puțin mobilizarea lor, luându-i din interior și dându-i în număr cât mai mare formațiunilor sanitare de pe front. Acolo este nevoie de ei, de pregătirea, și priceperea lor, nu la diferitele spitale de Z. I. sau la diferitele, clinici și spitale din capitală, centrele universitare, și orașele mari de provincie.

Aici pot rămânea șefii, conducători de institute cari să fie ajutați de elemente mai puțin inițiate, și cari pot face cu prisosință pe ajutorul la operație sau la pansamente, lucrând totul sub ochiul și directivele șefului.

De sigur că va fi greu puțin, pentru aceștia, dar să se aibă în vedere că, nevoia bunelor mâni de chirurgi se simte acolo unde este mai mult de lucru, mai urgent de operat și aceasta este, imediat înapoia frontului.

Răniții cari parvin la interior au răni ce permite o oarecare așteptare, cu excepția, se înțelege a acelora de pură și subtilă specialitate și pe cari și noi i-am transportat cu avioanele la marile centre de specialitate.

S'a simțit lipsa medicilor, s'a simțit lipsa chirurgilor, și a chirurgilor buni la aceste formațiuni, în această campanie, mai ales, la începuturile ei.

Și acestea sunt spuse atât pentru chirurgii și medicii activi cât și pentru cei de rezervă.

Pentru a se înlătura acest neajuns poate că, ar fi mai bine, ca mobilizarea, repartizarea și selecționarea medicilor să se facă de către un singur organ care, însă, să fie imparțial, obiectiv și numai cu grija interesului neamului și al țării.

Să se procedeze cu toată seriozitatea și intransigența la mobilizarea chirurgilor și în special a chirurgilor adevărați, lăsând cât mai puțini în interior și dând cât mai mulți în primele linii, înapoia frontului, și aceasta mai ales la ambulanțele divizionare, unde să fie mai mulți și mai buni, pentru a face mai multe secții și echipe de lucru și la fel la spitalele de campanie, cari să aibă un cadru mai mare.

Numai astfel se va putea opera rănitul abdominal în primele ore și nu după 6--8—12 - 24 și chiar 36 ore dela rănire, când nu se mai putea ajuta, cum au fost cazuri și la noi.

Această parvenire târzie a rănitului s'a făcut fie, că a lipsit chirurgul care să-l opereze imediat înapoia frontului la ambulanța diviziei și a trebuit să-l împingă până la spitalul cu chirurg bun fie, din cauza defectului de transport.

Ar fi poate indicat, și s'a discutat acest lucru, să se înființeze așa zisele centre de abdominali, împinse în cele mai avansate puncte înapoia frontului, unde echipe de buni chirurgi să opereze pe răniții abdominali în primele ore ale rănirii lor.

S'a spus că, nu s'ar putea opera aici, dat fiind locul, condițiile în cari se operează, și mobilitatea frontului, și apoiu acești bolnavi n'ar putea fi transportați în primele ore după operație.

Dar atunci, să se reorganizeze ambulanțele și spitalele de campanie încadrându-le cu mai mult personal, și cu mai multe echipe de chirurgi buni.

Acest lucru s'a căutat să se realizeze în parte în ultimul timp dând chirurgi mai mulți spitalelor cari din cauza abundenței de răniți trebuiau să activeze mai mult.

Să se doteze aceste servicii chirurgicale, toate, cu aparate de Röntgen pentru a fi cât mai eficace în activitatea lor. Extracția corpilor streini s'ar face rațional și total aici și nu în spitalele de Z. I.

Ar fi indicat, poate, *înființarea spitalelor mari de triaj*, cu toate secțiile și cu mult personal de toate specialitățile, cari plasate în marile centre de evacuare spre interior (capete de linii C. F. R.) să activeze rapid, operând, pansând și evacuând cu cât mai mult randament. Serviciile unui astfel de spital l-am făcut și noi la Tighina, și credem cu bun rezultat. Dat fiind abundența răniților la aceste spitale se impune formarea de mai multe echipe de lucru și pentru aceasta un număr suficent de medici.

Să se revizuiască *personalul trenurilor sanitare*, care ar putea fi mai restrâns, și luându-se chirurgii de aici să se dea spitalelor, rolul lor la trenuri, mărginindu-se de multe ori la însoțirea răniților.

Să se reorganizeze, revizuindu-se *personalul spitalelor de Z. I.* și a *mobilizaților pentru lucru.* Cât mai puțini chirurgi și medici aici și cât mai mult personal ajutător: studenți, personal femenin și de Cruce Roșie.

O problemă care trebue pusă la punct este aceea a *personalului sanitar ajutător* dela spitalele de campanie. Să se repartizeze aici personal educat și format pentru a putea fi utilizat la sala de operație și de pansamente.

A fost absent şi improvizat acest personal în actualul războiu. Pentru a se înlătura acest neajuns să se formeze câţi mai mulţi sanitari, prin şcoli speciale, atât în timp de pace, cât şi în timp de războiu, atât pentru civili, cât şi pentru cei ce-şi fac serviciul militar.

Un simţit serviciu, înlocuind acest personal, ni l-a făcut Crucea Roşie. Pentru curajul, destoinicia, devotamentul şi munca surorilor, le aducem toată lauda, mulţumita şi recunoştinţa noastră.

Au fost active şi neobosite aceste surori, fie că, lucrau în spitale, îngrijind răniţii sau ajutând la pansamente sau la operaţie, fie că, conduceau auto-sanitare, sau avioane, atât în interior cât şi în spitalele cele mai înaintate de pe front. Serviciile lor au fost nepreţuite.

Ceva de spus ar fi despre *mijloacele de transport ale răniţilor*, înţelegând camionetele sanitare, cari s'au dovedit puţin confortabile pentru aceştia.

S'au făcut aceste transporturi cu vestitele remorci, cari s'au scos imediat din funcţiune, cu camionetele cari, fiind prea uşoare şi neavând suspensie suficentă provocau multă suferinţă răniţilor, şi cu camioane obişnuite cari au fost foarte nepractice, dar a trebuit să ne folosim de ele din cauza lipsei celor dintâi şi din cauza abundenţii de material.

Au fost bune, dar puţine, camionetele sanitare închise, de 4 locuri culcaţi.

S'a mai făcut transportul şi cu turisme, autobuse (unul ne-a fost pus la dispoziţie şi nouă de către corp, împreună cu o camionetă sanitară).

Se impune o ameliorare a acestui mijloc de transport precum şi o facilitare a transportului cu avionul, prin mărirea numărului de avioane sanitare.

Ca încheiere trebue să menţionez, că am semnalat aceste constatări în legătură cu activitatea spitalului nostru de campanie, sunt, prin urmare, incomplete, lipsindu-mi constatările făcute de celelalte formaţiuni ale serviciului sanitar, totuşi, din cele ce am văzut, auzit, şi discutat, trebue să menţionez că, *în actuala campanie serviciul sanitar şi-a făcut datoria cu prisosinţă.*

Cu cele menţionate mai sus, organizarea şi funcţionarea lui a fost laudabilă. Meritul se cuvine organizatorilor şi forurilor conducătoare, cari au fost capabile, energice şi înţelegătoare şi organelor executive, până la medicii de batalion, cari au fost curajoşi, muncitori şi buni patrioţi.

* * *

Activitatea spitalului de campanie Nr. 21, ataşat Corpului XI, cu şeful lui D-l Medic Lt.-Col. Dr. Romulus Marinescu, şi mai târziu D-l Med. Lt.-Col. Dr. N. Nicolaide, s'a desfăşurat în Moldova: la Băneasa, în Basarabia: la Volintiri şi Tighina, în Transnistria: la Troskoy şi Ovidiopol.

A avut 2 secţii medico-chirurgicale, şi i s'a ataşat la Volintiri o echipă chirurgicală, la Tighina şi în Transnistria 2 echipe chirurgicale cu aparat de Röntgen, întărită cu studenţi şi medici tineri, şi o echipă de medici bacteriologi, şi a lucrat urmând directivele comandamentelor Marilor Unităţi.

Conduita în chirurgia de războiu a fost aceea urmată şi respectată de toate formaţiunile sanitare conform dispoziţiilor date.

S'au operat, s'au pansat, s'au evacuat răniţi, mai puţini la Băneasa, Volintiri, şi excesiv de mulţi la Tighina, Troskoy şi Ovidiopol. Numărul răniţilor îngrijiţi şi trecuţi prin acest spital este notat în obişnuitele raporturi oficiale, şi randamentul dat, a fost cunoscut de superiorii noştri cu ocazia inspecţiilor făcute.

Necesitatea înfiinţării secţiilor de boli pulmonare pe lângă spitalele corpurilor de armată

de

Medic Lt.-Col. **Dr. L. Ursu** — Medic Maior **Dr. Mihail Nic.**

şi

Dr. Nicolae Bumbăcescu

Asistent al secţiei de boli pulmonare a clinicii medicale I din Cluj-Sibiu, medic Slt. de rezervă

Noi medicii, trebue să ne inspirăm în conduita noastră terapeutică dela principiul moral care spune „să dăm bolnavilor, ce am dori să avem când suntem bolnavi".

Acest principiu moral, trebue să fie adoptat de toţi aceia care conduc colectivităţi sau instituţii.

Armata, fiind una din colectivităţile importante ale neamului, acei care o conduc au obligaţia să menţină în cele mai bune condiţiuni, sănătatea celor ce sunt chemaţi să-şi servească ţara cu armele.

Cum în sânul oştirii se găsesc foarte mulţi bacilari, după cum deja am arătat într'o publicaţie ante-

rioară, serviciul sanitar al armatei este chemat să ia urgent măsurile necesare, combaterii tuberculozei printre soldaţi.

Una dintre măsurile care trebuesc să fie luate de către serviciul sanitar al armatei, spre a combate cu succes tuberculoza printre soldaţi, este şi crearea de secţii de boli pulmonare pe lângă fiecare spital de corp de armată. Ideia unor asemenea servicii a fost preconizată la noi, de d-l Conf. L. Daniello, iar realizarea primei secţii de acest fel, singura până în prezent, se datoreşte iniţiativei unuia dintre noi, care având concursul forurilor superioare ale armatei, a reuşit să facă pe lângă spitalul C. VII. A. din Sibiu, o secţie de tuberculoză care funcţionează efectiv, din luna Februarie a. c.

Dăm mai jos câteva date despre activitatea acestei secţii, precum şi câteva aspecte din ea.

Credem că ele nu vor fi lipsite de interes, pentru cei care se ocupă de problema tuberculozei în armată şi doresc să-şi de-a seama dacă funcţionarea secţiei dela Sibiu, în timpul campaniei actuale, justifică crearea de noi servicii de boli pulmonare pe lângă celelalte corpuri de armată.

Dat fiind numărul mic de paturi (total 40), pe care-l are secţia, dela început ne-am dat seama că nu este posibil să ospitalizăm în ea, toţi bolnavii veniţi în spital, pentru leziuni pulmonare. Din acest motiv i s'a mai ataşat un salon cu 15 paturi denumit „salon de triaj".

Bolnavii trimişi spitalului pentru leziuni suspecte sau confirmate pulmonare, au fost mai întâiu ospitalizaţi, temporar în acest salon de triaj, unde, după un examen clinic radioscopic şi de laborator, au fost clasaţi într'una din categoriile de mai jos.

Bolnavii fără leziuni pulmonare sau cu mici semne radiologice de infecţiune bacilară vindecate, ca de ex. complex primar calcefiat, scizurite discrete etc. au fost înapoiaţi la corp dacă n'au prezentat suferinţa altui organ, pentru care erau trecuţi în serviciul de specialitate respectiv.

Bolnavii care prezentau o leziune pulmonară nelămurită, erau internaţi în secţie şi ţinuţi în observaţie clinică, până când stabileam un diagnostic.

Bolnavii cu tuberculoze confirmate, deşi aveau nevoie de tratament sanatorial, n'au putut fi toţi internaţi în secţie, din cauza numărului redus de paturi. Pe acei cu leziuni avansate şi grave, i-am reformat, după ce mai întâiu, le-am dat noţiunile necesare în legătură cu boala şi sfaturile ce trebue să urmeze pentru a-şi putea câştiga sănătatea pierdută. Reforma nu a putut ajuta prea mult pe aceşti bolnavi, dar era singura soluţie, pentru a putea proteja eficace sănătatea celor sănătoşi din rândurile armatei.

Tuberculozele potrivite colapsoterapiei, în deosebi pneumotorace, le-am reţinut pentru tratament. Din acest grup de bolnavi, am dat prioritate militarilor activi, considerând că faţă de ei armata are cele mai mari obligaţii. Câteodată, unii din aceşti soldaţi au fost reţinuţi în serviciu contrar dorinţei lor de-a fi internaţi, reuşind până în cele din urmă ai convinge despre necesitatea unui tratament potrivit bolii de care suferă. Aproape toţi soldaţii au primit să urmeze tratamentul indicat şi la mulţi din ei am obţinut rezultate satisfăcătoare, pentru care trebue să mulţumească armatei şi instituţiei, care a intervenit la timp şi cu ajutor eficace în boala lor.

Faţă de cei concentraţi, am avut o atitudine puţin diferită. După ce mai întâi li s'a explicat ce trebue să facă pentru boala lor, au fost primiţi în serviciu, în limita locurilor posibile, acei care au consimţit să se trateze.

In ultimul timp această posibilitate este tot mai redusă, întru cât soldaţii activi, în cazul că suferă de o afecţiune pulmonară, cer să fie internaţi în secţia de boli pulmonare.

Conformându-ne programului mai sus amintit şi ţinând o legătură permanentă cu celelalte servicii din spital, în deosebi cu cel de radiologie şi laborator, am reuşit până în prezent, să examinăm sau tratăm un mare număr de soldaţi şi să le aranjăm în cât mai bune condiţiuni situaţia lor militară.

Astfel numărul celor examinaţi de secţie până în prezent, este de 3688 cazuri.

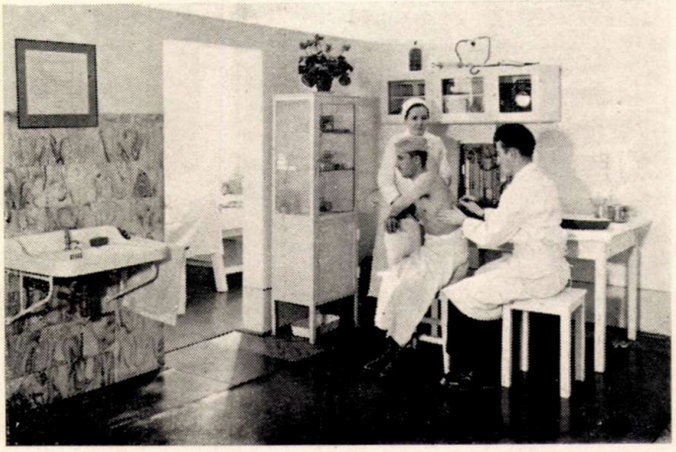
Aceste cazuri repartizate după afecţiunea pe care au avut-o dau tabloul de mai jos:

Tuberculoze vindecate-complexe primare calcefiate, calcefieri hilare etc.	1797
Tuberculoze active-evolutive în faza de primo-infecţiune şi generalizare	315
Tuberculoze active-evolutive de tip ftizic	388
Scleroze consecutive tuberculozelor de primo-infecţiune şi generalizare	804
Scleroze consecutive unei ftizii	168
Pleurezii	108
Pleuroperitonite	31
Calcefieri pleurale	4
Abcese pulmonare	12
Dilataţii bronşice	18
Chist idatic	2

In tabloul de mai sus leziunile pulmonare de natură bacilară, sunt repartizate după clasificarea clinico-

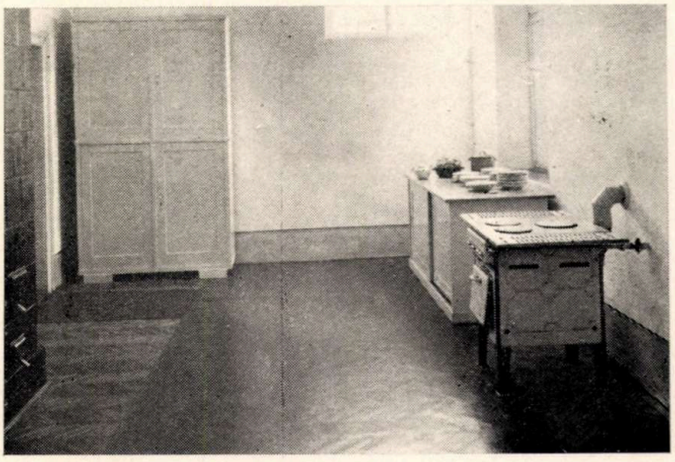
Câteva aspecte din secția de boli pulmonare a spitalului militar C. VII. A. din Sibiu

Spitalul Militar „Regina Mamă Elena" din Sibiu



Sală de collapsoterapie

Salon de bolnavi



Oficiul de distribuire al alimentelor

Sală de mese

radiologică, folosită de secţia de boli pulmonare a clinicii medicale I de sub conducerea d-lui Conf. Daniello şi publicată în Ardealul Medical Nr. 4—5 din anul curent.

Din numărul celor examinaţi, 2280 cazuri n'au fost ospitalizate, fie că n'au avut o leziune care să justifice internarea, fie că au fost soldaţi din garnizoana locală trimişi pentru un control pulmonar, sau ofiţeri şi subofiţeri, care au fost examinaţi în vederea întocmirii fişei personale de sănătate.

Un număr de 1037 bolnavi, au fost internaţi, în secţia de boli interne şi contagioase, inclusiv salonul de triaj, până la aranjarea situaţiei lor militare.

Repartizarea lor se poate vedea în tabloul următor:

Tuberculoze vindecate-complexe primare calcefiate, calcefieri hilare etc.	129
Tuberculoze active-evolutive în faza de primo-infecţiune şi generalizare	139
Tuberculoze active-evolutive de tip ftizic	195
Scleroze consecutive tuberculozelor de primo-infecţiune şi generalizare	329
Scleroze consecutive unei ftizii	112
Pleurezii	44
Pleuroperitonite	24
Calcefieri pleurale	1
Abcese pulmonare	7
Dilataţii bronşice	15
Chist idatic	2

Tot în acest tablou mai intră şi 18 cazuri de pneumotorace artificial, precum şi 5 frenicectomii care au rămas pentru puţin timp în spital, ele fiind reţinute numai pentru aranjarea situaţiei lor militare.

In secţia de medicină internă, am internat pe acei bolnavi care nu prezentau un pericol de infecţie ca de ex. pleurezii, dilataţii bronşice, abcese etc. Cei cu tuberculoze deschise şi contagioase au fost ţinuţi în salonul de triaj, până la întocmirea actelor de reformă.

Toate aceste cazuri au fost sub directa supraveghere a unuia dintre noi.

Acei ce prezentau dificultăţi de diagnostic sau aveau o indicaţie de tratament, au fost internaţi în secţie, numărul lor până în prezent fiind de 371.

După suferinţa pulmonară acestea se repartizează în felul următor:

Tuberculoze vindecate-complexe primare calcefiate, calcefieri hilare etc.	8
Tuberculoze active-evolutive în faza de primo-infecţiune şi generalizare	38
Tuberculoze active-evolutive de tip ftizic	171
Scleroze consecutive tuberculozelor de primo-infecţiune şi generalizare	49
Scleroze consecutive unei ftizii	36
Pleurezii	49
Pleuroperitonite	9
Calcefieri pleurale	3
Abcese pulmonare	5
Dilataţii bronşice	3

Toţi bolnavii internaţi în secţie au fost supuşi unui tratament conservativ, la care s'a adăogat, după împrejurări şi altele, pe care le rezumăm mai jos.

Am făcut auroterapie la 10 bolnavi. Această indicaţie a fost pusă în mai multe cazuri, însă n'am putut-o executa, întrucât farmacia spitalului nu posedă săruri de aur, iar bolnavii, din cauza mijloacelor materiale reduse n'au fost în situaţia să şi le procure.

In 51 de cazuri, am instituit un pneumotorace artificial, pe care l'am întreţinut în mod ambulant şi după ce bolnavii au părăsit serviciul, dacă au fost în apropierea Sibiului. Se mai adaogă la acest număr încă alte 16 cazuri, cu pneumotorace instituite în alte servicii şi care au fost întreţinute de noi.

La 10 din aceşti bolnavi colapsul fiind incomplet, am făcut rezecţie de aderenţe. Spitalul neavând instrumentarul necesar acestor intervenţii, ele au fost făcute de unul din noi în secţia de boli pulmonare a clinicii medicale I din Cluj-Sibiu de sub conducerea d-lui Prof. Iuliu Haţieganu şi Conf. L. Daniello care totdeauna au susţinut secţia noastră, acordându-i o deosebită atenţie, fiind convinşi de utilitatea ei în combaterea tuberculozei pulmonare.

Intervenţii chirurgicale, înafară de trei frenicectomii şi un Monaldi, n'am făcut până în prezent, cu toate că am avut bolnavi la care se puteau face şi indicaţiuni cu caracter plastic.

Această atitudine a fost determinată în primul rând de lipsa unui personal pregătit pentru îngrijirea unor asemenea bolnavi, a condiţiunilor tehnice, precum şi dorinţa noastră de-a nu avea eşecuri, cu asemenea intervenţii grele, care ar fi constituit o dificultate în a convinge noi bolnavi, pentru una din metodele de colapsoterapie.

Când secţia va avea o reputaţie bine cunoscută, va putea aplica şi aceste tratamente, dacă, bine înţeles, va întruni condiţiunile de îngrijire medicală şi cele tehnice.

Inafară de tratament, pentru care am făcut tot posibilul ca să fie aplicat în cele mai bune condiţiuni am ţinut ca şi situaţia militară a celor bolnavi să fie cât mai corect aranjată.

Astfel am reformat până în prezent 359 cazuri de tuberculoză contagioasă. Am amânat 36 tineri pentrucă aveau leziuni discrete care necesitau cură de repaus şi consolidare. Au fost trecuţi serviciului auxiliar un număr de 36 soldaţi cu leziuni discrete şi stabilizate, dar incompatibile de eforturi fizice mai mari.

Am înregistrat în acest timp 13 decese şi s'au acordat în 770 cazuri concedii, cele mai multe dintre ele între 3—4 luni de zile, în vederea consolidării cât mai bune a leziunilor pulmonare.

Prin ţinerea în observaţie clinică a leziunilor infiltrative recente şi punerea indicaţiunei terapeutice la timp, prin stabilirea gradului de activitate a leziunilor fibroase consecutive unui proces fibrocazeos vindecat spontan sau după tratament, prin diferenţierea diagnosticului de tuberculoză faţă de alte afecţiuni pulmonare cronice cum sunt dilataţia bronşică, abcesul pulmonar etc., secţia îndeplineşte un rol diagnostic important.

Toţi suferinzii de boli pulmonare în special tuberculoşii, pentru câştigarea sănătăţii şi menţinerea ei, au nevoie de o educaţie sanatorială, care să-i înveţe să trăiască în aer liber, fără praf, singuri în cameră, cu lingerie şi veselă proprie, cu program pentru orele de masă, plimbări, repaus etc. Cum în majoritate bolnavii noştri, sunt proveniţi din mediu rural, unde aceste noţiuni deşi foarte simple sunt cu totul necunoscute, secţia împlineşte un rol educativ.

In foarte multe cazuri, bolnavii la internare în secţie nu ştiau de ce boală suferă şi nici nu-şi dădeau seama că sunt infecţioşi pentru cei din jur. Numai aci au luat cunoştinţă despre această noţiune, că agentul de transmisiune al bolii este bacilul lui Koch, care se găseşte în sputa celui bolnav şi că ei nu trebue să tuşească fără să ducă mâna la gură sau să expectoreze pe jos.

Intrebuinţarea scuipătorii era pentru ei cu totul necunoscută. Fiind scoşi din rândurile celor sănătoşi şi trataţi, mulţi din ei au devenit negativi şi prin aceasta neinfecţioşi pentru mediul în care se reîntorc, după părăsirea serviciului. Toate acestea contribue la profilaxia tuberculozei pulmonare.

Mulţi din soldaţii noştri dacă sunt reformaţi sau trimişi în concediu pentru boala lor, acasă, nu se tratează, fie că nu au posibilităţi materiale, fie că nu au la îndemână medici de specialitate şi sanatorii. Opriţi şi trataţi în secţii, ei se conving de necesitatea continuării tratamentului, mai ales atunci când, au observat deja o ameliorare în starea generală şi pulmonară. Adăogând la aceasta şi tratamentul ambulant pe care-l face secţia rezultă că rolul ei terapeutic este destul de important.

Nu trebue uitat nici rolul moral al unei asemenea secţii, care este chemată să îngrijească de bolnavi care deşi s'au îmbolnăvit în timpul serviciului militar, înainte erau trimişi acasă fără nicio asistenţă medicală. Dacă ei nu se tratează boala se agravează sigur şi pot acuza pe bun drept, serviciul militar, care nu s'a îngrijit de ei atunci când au fost obligaţi să-l servească.

Aceste câteva motive le credem suficiente pentru a justifica prezenţa şi utilitatea secţiei de boli pulmonare pe lângă spitalul C. VII. A. In acelaşi timp credem că, înfiinţarea de noi secţii pe lângă celelalte corpuri ar putea fi foarte folositoare pentru profilaxia şi combaterea tuberculozei printre soldaţi şi populaţia civilă, putându-se astfel recupera o mulţime de bolnavi care ar putea ulterior fi utilizaţi la apărarea ţării, contribuind în acelaşi timp şi la ridicarea standardului biologic atât de scăzut în vremurile prin care trecem.

Organizarea şi activitatea Spitalului de Z. I. 482, Sibiu

de

Medic Maior Dr. Ion Gavrilă,

comandantul Spitalului

Spitalul Z. I. 482 a luat fiinţă la data de 3 August 1941 şi a fost demobilizat pe data de 1 Noemvrie 1941, deci el a funcţionat timp de 3 luni.

Spitalul a funcţionat în Internatul Liceului Gh. Lazăr din Sibiu. Acest Internat este un local de construcţie nouă, cu două etaje şi subsol, spaţios, modern amenajat, are camere mari cu mult soare, are instalaţie de apă cu spălătoare moderne la fiecare etaj, cu o instalaţie de bale modernă la subsol, are o bucătărie modernă, spălătorie mecanică. Incălzirea este centrală şi ea se face cu gaz şi la bucătărie.

Datorită faptului că localul Internatului a fost şi este modern aranjat cu toate cele necesare unei astfel de instituţii, el a fost destul de uşor de transformat

într'un Spital de răniți. S'a organizat aci un Spital cu o capacitate de 230 de paturi.

Organizarea gospodărească a Spitalului a fost condusă de către *D-na Mioara General Pleniceanu*, care cu o pricepere deosebită și fără să cunoască niciodată oboseală, a reușit să înzestreze acest Spital cu toate cele necesare unei bune funcționări gospodărești. Tot D-nia Sa a fost și conducătoarea infirmierelor de Cruce Roșie din Spital, în care calitate iarăși a depus o muncă deosebită pentru îngrijirea răniților.

Spitalul a fost dotat cu efecte spitalicești, cu materiale sanitare, pansamente, instrumente și aparate de către Ministerul Sănătății prin Inspectoratul General Sanitar din Sibiu, d-l *Inspector Gen. Dr. I. Cosma* depunând o râvnă deosebită pentru ca Spitalele Z. I. din Sibiu să fie cât mai bine organizate și aprovizionate. Lipsurile gospodărești au mai fost completate de către Cercul de Recrutare din Sibiu după dispozițiile Comandamentului VII Teritorial.

Echipa de medici care a lucrat în Spital a fost următoarea: *Dr. I. Fabritius, Dr. A. Ciplea, Dr. Lazăr Octavia, Dr. Boeriu Lucia*, apoi studenții în medicină: *D-șoara Lenghel Valeria, D-șoara Gușeilă, D-l Pop Vasile, D-l Rusei Mihai, D-l Stănculescu.*

Cu examinarea răniților pentru specialitatea stomatologică a fost încredințată din partea Inspectoratului Gen. San. D-na *Dr. A. Popovici* și pentru specialitatea otorinolaringologică D-na *Dr. A. Doctor*, tot de către Inspectorat. Pentru cazurile de ochi am consultat pe D-l *Dr. Mitter*, iar pentru cazurile de neurologie pe D-l *Dr. T. Dragomir.*

Farmacia Spitalului a fost organizată și condusă de către d-l farmacist *Loev Victor*, având ca anexă și un mic laborator pentru analize curente.

Spitalul nostru a funcționat ca și spital mixt, unde a predominat mica chirurgie. Deci spitalul a avut o secție mare chirurgicală și o mică secție medicală.

La înființarea și organizarea spitalelor Z. I. în Sibiu s'a avut drept principiu de bază de a menține spitalele preexistente (Clinicile universitare, Spitalul Militar și Spitalul Public) ca centre mari chirurgicale și numai în aceste spitale, cari au deja săli de operații bine amenajate și dotate, să se execute intervenții chirurgicale mari. Dela început răniții care necesitau intervenții chirurgicale mai mari erau primiți în aceste spitale sau erau evacuați aci ulterior. Pe când la spitalele Z. I. nou create, improvizate în școli și internate, nu s'au amenajat săli de operațiuni cu toate cele necesare, ceea ce ar fi fost foarte costisitor. In aceste ultime spitale s'au amenajat numai săli de pansamente, unde se puteau executa intervenții chirurgicale mai mici, aplicări de ghipsuri, pansamente etc. Astfel și în spitalul nostru am amenajat o sală de pansamente și pentru mici operațiuni.

In timpul de trei luni cât a funcționat spitalul, au fost tratați aci un număr de 452 de răniți și 6 bolnavi, în total 458, dintre care au venit direct de pe front 211 și ne-au fost evacuați dela alte spitale 247.

Eșirea din spital s'a făcut după cum urmează: vindecați și trimiși în permisie medicală 89, trimiși în concediu medical 208, în concediu medical și clasați la serviciul auxiliar 6, reformați definitiv 10, evacuați la alte spitale 145.

In spitalul nostru, în baza considerațiunilor de mai sus, nu s'au executat intervenții chirurgicale mari, ci numai unele mai mici. S'au executat desarticulări de degete, extracții de corpuri străine (glonte, schije), de sechestre, s'au făcut incizii de flegmoane, abcese, s'au aplicat aparate ghipsate. Numărul intervențiilor chirurgicale mici a fost de 25.

Examen radioscopic al pulmonilor s'a făcut la Spitalul public (Dr. Bumbăcescu, Secția de boli pulmonare a Clinicei Medicale I) la toți cei 458 de răniți și bolnavi. Radiografii alor diferite regiuni osteo-articulare, s'au făcut după necesitate în număr de 120 la Spitalul Public (Dr. Burla A.).

Ser antitetanic profilactic s'a făcut la un număr de 302 răniți. Toți aceștia, afară de 5, primiseră deja la sosirea în Spital ser antitetanic preventiv dela medicul unităților de pe front, însă plaga lor la intrarea în Spital, se prezenta în așa fel, că am crezut necesară repetarea injecției de ser antitetanic.

Considerații asupra activității chirurgicale

(Făcute de **Dr. I. Fabritius**, chirurgul Spitalului)

Activitatea chirurgicală s'a desfăcut după cum urmează: Intervențiunile chirurgicale mai mici, ca inciziuni de abcese, flegmone, extracțiunea proiectilelor și sechestrelor osoase au fost executate în spital cu anestezie locală (novocain+adrenalin) sau cu o narcoză de eter. Imobilizarea fracturelor și în deosebi a extremităților cu leziuni infectate, flegmone și abcese, au fost de regulă executate. Este cunoscut, că imobilizarea joacă un rol important în combaterea infecțiunilor și în localizarea lor. Imobilizarea a fost efectuată prin atele făcute din lemn sau ghips sau pansamente ghipsate ferestrate, întărit la nevoie prin șină de fier. De obicelu răniții au sosit și de pe front cu pansamente bine aplicate, numai imobilizarea extremităților prin atele a lăsat mult de dorit. Constatăm că răniții care au sosit dela o ambulanță divizionară sau dintr'un spital de campanie cu transport feroviar n'au fost imobilizați într'un mod indestulător, poate de aceea, că formațiunile acestea n'au dispus de un număr destul de mare de aparate fixative. Și totuși chiar imobilizarea aceasta în primele zile după rănire este foarte des de o influență hotăritoare pentru decursul și soarta leziunii. O asemenea atelă trebue să fie astfel construită, să fie aplicată chiar de personalul

sanitar, fără să necesite prea mult material de vată şi feşi. O asemenea atelă de fixaţie este necesară pentru extremitatea superioară şi una pentru inferioară. Pentru extremitatea inferioară ar fi spre exemplu foarte practică şi recomandabilă atela typ Thomas.

Pentru extremitatea superioară spre exemplu: Apparell de bras du service de Santé (Delbet, Levoef etc. Traitement des fractures fig. 29 sau Abduktionsschiene Nösske conf. Borchard-Schmieden, Lehrbuch der Kriegschirurgie Abb. 434). Ambele atele sunt aplicabile repede şi uşor cu tehnică simplă, economisează mult material de pansament şi imobilizează excelent, cruţă rănitului multe dureri şi împiedecă progresarea infecţiunii. Schimbarea pansamentelor se poate efectua fără schimbarea atelei, este deci simplă şi nedureroasă. Aceste atele sunt apte pentru transport dar foarte des se poate efectua cu ele şi tratament definitiv.

In deosebi deoarece o extensiune este posibilă la cot, la mână, la genunchiu şi la călcâiu. Dacă rănitul este odată în spitalul Z. I. se poate aplica acolo după radiografie tratamentul definitiv după dorinţa medicului ori cu atele ghipsate în forma de şine ferestrate ori circulare, pansamente cu extensiunea după metoda Kirschner, Klapp, etc. pe atele model Braun sau Böhler. De o importanţă covârşitoare pentru decursul rănirii, este imobilizarea în timpul transportului dela formaţiuni de campanie (ambulanţa diviziei, spital de campanie) până la spitalul Z. I.

La sosirea răniţilor în spital aceştia imediat făceau baie, erau tunşi, au primit imediat lingerie curată şi un halat, pansamentul a fost schimbat, se face un control sever dacă a primit fiecare injecţie cu ser antitetanos, unde se crede necesar se mai repetă injecţia. Datorită acestor măsuri n'am observat niciun caz de tetanos sau de tifus exantematic, de asemenea, n'am observat niciun caz de erizipel, de gangrenă gazoasă nicio altă boală infecţioasă, tot aşa nicio infecţie septică progresivă a rănilor.

Tratamentul rănilor era cât se poate de simplu. In caz de fractură cu infecţiuni grave, imobilizarea corespunzătoare. Indepărtarea tuturor tuburilor sau meşelor eventual aplicate, omiterea sondajelor dăunătoare rănilor, spălarea rănilor superficiale cu apă oxigenată sau rivanol, curăţirea în jurul rănii cu benzină iodată, pulverizarea cu sulfamide (exo-septoplix). Pansament steril, schimbarea pansamentului zilnic în cazuri cu secreţie abundentă, dacă secreţiunea s'a micşorat după nevoie la 2—3 zile. Era evident că chiar răni foarte grav infectate, sfâşiate şi cu un miros de gangrenă gazoasă s'au curăţit în 2—5 zile arătând granulaţiuni sănătoase, au pierdut mirosul penetrant şi s'au destumefiat. Când secreţia era deja minimă şi la schimbarea pansamentului sensibil, am folosit pansamente cu alifie (ung. acid. boric sau nitrat de argint şi balsam peruv). In caz de granulaţiuni prea abundente s'a folosit nitrat de argint cristalizat, adeseori au fost aplicate băi de mână şi picioare cu kali ipermang. în mare diluţiune. Cazurile cu posibilitatea unei leziuni osoase sau cu proiectile ascunse au fost radiografiate.

La toţi bolnavii au fost recomandate mişcări pasive şi active a articulaţiunilor pentru a evita anchiloze şi atrofie de inactivitate a muschiulaturei şi s'a recomandat de timpuriu mecenoterapie. Pentru plăgi la ochi, nas, urechi şi la nervi au fost consultaţi specialiştii corespunzători.

Analiza plăgilor după localizare şi după arma produsă.

I. Plăgi la extremităţi.

1. *La extremităţile superioare* au fost:

a) *plăgi ale părţilor moi 69,* dintre care 27 prin glonte, 42 prin schije. In 5 cazuri leziunea interesa şi diferiţi nervi cu paralizii. In alte 5 cazuri era interesată şi articulaţia;

b) *Plăgi cu fracturi* la extremitatea superioară au fost 103, dintre care 34 produse prin glonte şi 69 prin schije. Fracturile au interesat următoarele oase: *Humerusul* în 18 cazuri, *oasele antebraţului* în 29 cazuri, de 7 ori ambele oase, de 22 ori numai unul din oase. *Oasele mânii* au fost interesate de 50 ori, de 9 ori carpul, de 27 ori metacarpul, de 14 ori falangele. *Omoplatul* a fost interesat de 4 ori, *clavicula* de 5 ori.

2. *La extremităţile inferioare* au fost:

a) Plăgi ale părţilor moi 147, dintre care 81 prin gloanţe şi 66 prin schije. Nervii au fost atinşi în 17 cazuri, dintre care în 17 cu paralizii. Articulaţia genunchiului a fost interesată de 18 ori, de 8 ori cu exudat articular.

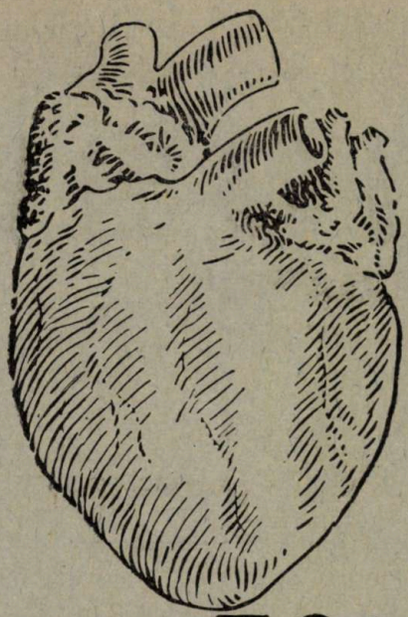
b) Plăgi cu fracturi au fost de 48 ori, dintre care 40 prin glonte şi 8 prin schije. Au fost interesate următoarele oase: *femurul* de 8 ori, *oasele gambei* de 13 ori, dintre care ambele oase de 3 ori, numai un singur os de 10 ori. Oasele piciorului au fost interesate de 28 ori, dintre care de 8 ori tarsul, de 11 ori metatarsul, de 9 ori falangele.

II. Plăgi ale capului au fost în 23 de cazuri, dintre care 4 prin glonte, 19 prin schije. Regiunile interesate au fost următoarele: regiunea parietală de 5 ori, occipitală de 8 ori, frontală de 5 ori, mentonieră de 3 ori, molară de 2 ori.

III. Plăgi ale toracelui au fost un număr de 27, dintre care 4 prin glonte, 17 prin schije.

Plăgile au interesat părţile moi în 40 cazuri, în 6 cazuri au fost şi fracturi, de 5 ori corpuri străine intratoracice, de 5 ori hemotorax.

IV. Plăgi ale gâtului au fost 5, dintre cari 4 prin schije, una prin glonte.



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate	de 3 ori pe zi 1/2 comprimată.
	Dupa 3 zile
Granule	de 2 ori pe zi 1/2 comprimată.
Supozitoare	Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Pneumonie, Bronchopneumonie, Gripă,
Profilactic după operaţiuni

PULMOSEPT

„SAPIC“

Chinină 0,10
Camforă 0,10
disolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare

Desinfectant şi recalcifiant pulmonar în tuberculoză, gripă, bronchite

SIROCALCIN

„SAPIC“

SIROCALCIN cu EFEDRINĂ
SIROP CU GUST PLĂCUT

ANALEPTIC **CARDIOTONIC**

CORDISAN

„SAPIC“

CORDIŞAN-EFEDRINĂ
Picături, Fiole, Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine

---

Mostre şi literatură trimite la cerere:

DEPARTAMENTUL ŞTIINŢIFIC

„SAPIC“

Bucureşti VI, — Sir. Cazărmei 89

V. Fracturi ale oaselor bazinului au fost 3, una prin glonte şi 2 prin schije.

VI. Leziuni uşoare ale coloanei vertebrale au fost 4, de 2 ori prin glonte, de 2 ori prin schije.

VII. Plăgi ale abdomenului au fost 12, dintre care 5 prin glonte, 6 prin schije, una prin baionetă. Localizare a fost de 3 ori în regiunea ombilicală, de 4 ori în ipocondri, de 4 ori în regiunea iliacă, de 1 ori în regiunea epigastrică.

VIII. Plăgi ale altor organe: la nas de 2 ori *la urechi* de 2 ori, *la ochi* de 11 ori.

IX. Accidente: loviturî de cai de 4 ori, de 5 ori accidente de tren.

X. Şocuri nervoase: surditate de 7 ori, surdomutiditate în 1 caz, nevroză traumatică 1 caz.

XI. Arsură a feţei prin bombe, 1 caz.

XII. Alte boli: Pleurezie exsudativă serofibrinoasă în 2 cazuri, nefrită 1 caz, tuberculoză pulmonară 1 caz, lumbago 1 caz, furnaculoză 1 caz.

Conferinţe şi şezători

In spital s'au ţinut pentru răniţi de către diferiţi conferenţiari, profesori secundari din localitate *conferinţe educative.* Iată titlul lor:

Păr. prof. I. Beju: Sacrificiul vostru.
Păr. prof. I. Beju: Originea neamului românesc.
Prof. Ion Popa: Avânt şi conştiinţă românească în vieaţa Românilor Ardeleni.
Păr. prof. I. Beju: Figuri de viteji Daco-Romani.
Păr. prof. I. Beju: Creştinismul românesc.
Păr. prof. I. Beju: Despre Români şi popoarele vecine.
Păr. prof. I. Beju: Duşmanii neamului nostru.

Păr. prof. I. Beju a fost confesorul spitalului nostru şi în această calitate a desvoltat o activitate religioasă şi de educaţie naţională foarte lăudabilă în sânul răniţilor. In interiorul spitalului s'a amenajat şi o capelă, unde se făceau serviciile religioase pentru răniţi.

Şezători distractive

In spital s'au ţinut următoarele şezători distractive:

La 14 August 1941, ora 4—5,30, o echipă de artişti sibieni au distrat cu orchestra lor, în frunte cu artista Maria Lătăreţu, răniţii spitalului.

La 16 August 1941, ora 6—7, elevii Liceului „Gheorghe Lazăr" au dat o mică reprezentaţie, compusă dintr'un scheciu, declamări, cântece şi glume.

La 2 Septemvrie 1941, d. m. la ora 4—5,30 orchestra d-lui Juga a distrat răniţii.

La 5 Octomvrie 1941, d. m. la ora 5, a dat o reprezentaţie pentru răniţi Şcoala primară din parochia „Trei Stejari", constând din declamări, dialoguri şi coruri executate de elevi.

La 12 Octomvrie 1941, ora 4—6 d. m., răniţii din spital s'au produs în faţa camarazilor lor cu un festival artistic (cor, recitări, piesă teatrală), preparat de ei înşişi.

Medicină preventivă în războiu

Ocrotirea copilului în războiu

Spre un început de realizări puericulturale serioase pentru timp de pace[1])

de

Prof. **Dr. Gh. Popoviciu**

In timp de războiu ocrotirea copilului preocupă un neam, o ţară, încă şi mai mult ca în timp de pace. Motivele sunt dictate de nevoi momentane, cât şi de altele mai îndepărtate. Principalele motive impuse prin necesităţile momentului sunt: 1. lipsurile crescânde ale familiilor, rămase fără ocrotire prin pierderea capului familiei, căzut în luptă sau îndepărtat temporar dela căminul său; 2. situaţia economică generală, mai rea ca în timpuri normale; 3. situaţia sanitară în genere mai precară, cu repercusiuni speciale asupra copilului (din cauza bolilor infecţioase, devenite mai frecvente, cât şi mai ales din cauza turburărilor de nutriţie rezultate din alimentaţia mai defectuoasă, — cu deosebire la copiii de sân, unde ele sunt produse prin alimentaţia artificială, mama fiind nevoită să lucreze în afară de domiciliu în lipsa capului de familie, deci nemaiputându-şi alăpta copilul). La aceste motive create prin situaţia momentană, se mai adaogă însă un altul mult mai puternic, impus prin grija zilei de mâine: *necesitatea de a înlocui pierderile de vieţi suferite de războiu.* Inlocuirea lor se face printr'o mai bună ocrotire a generaţiei de mâine, salvându-se din timp vieţile fragede cari nu ar trebui să se prăpădiască înainte de vreme.

[1]) Conferinţă ţinută la Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj-Sibiu, în 21 Noemvrie 1941.

Aşa se explică, de ce ocrotirea copiilor ia un *avânt deosebit în timp de război şi în anii ce urmează imediat războiului.* Se poate spune că actuala organizaţie a protecţiei maternoinfantile, cu care cu drept cuvânt se mândresc alte ţări mai avansate ca noi, a fost inspirată în parte de nevoile create prin primul război mondial, din 1914—18, respectiv clădită pe temeliile operei de ocrotire pe care a indicat-o acesta. Măsurile speciale de ocrotire publică, luate de diferitele state beligerante în favoarea copiilor şi familiilor celor căzuţi pe câmpul de luptă sau chemaţi la arme, cât şi asociaţiile şi aşezămintele de asistenţă nou create, adăogate celor existente, au servit în perioada postbelică nu numai măreţului scop momentan de ocrotire a orfanilor de război, dar treptat s'au transformat în grandioase opere naţionale de ocrotire a tuturor categoriilor de copii. Graţie lor lupta contra morbidităţii şi mortalităţii infantile, începută încă în perioada antebelică a dat succese nebănuite până atunci, ajungându-se în perioada de pace premergătoare războiului actual, la scăderea mortalităţii infantile echivalentă cu 1/2—1/4 şi chiar 1/7 sau mai mult faţă de ce era înainte.

Spre nefericire România n'a creat o asemenea operă de timp de pace din opera de ocrotire a orfanilor de război, pe care o aveam în timpul războiului mondial întâiu şi în perioada postbelică apropiată lui. Lipsind şi o evoluţie mai avântată a vechei opere infantile antebelice, la rândul ei foarte rudimentară, am continuat în cei 20 de ani de pace dintre cele două războaie mondiale să avem o organizaţie necorespunzătoare a ocrotirii familiei, mamei şi copilului. Mortalitatea infantilă a rămas foarte ridicată, iar excedentul de populaţie mult mai mic decât ar fi fost posibil cu o mortalitate scăzută (cu care s'ar fi putut realiza *un plus de 1—2 milioane de suflete româneşti,* în cele două decenii de pace, faţă de numărul obţinut). Am intrat în războiul mondial cu ocrotirea copilului insuficient soluţionată din trecut. Astfel actuala organizaţie de război a ocrotirei infantile trebue s'o creem *aproape dintru început,* în loc s'o incadrăm în opera pe care s'ar cuveni s'o avem din timp de pace.

* * *

Problemele ocrotirei de război, *momentan de soluţionat,* sunt: ajutorarea familiilor luptătorilor, asistenţa şi educaţia orfanilor de război, cu ocrotirea eminamente familiară, totuş creând în acelaş timp institutele indispensabile. O grijă deosebită trebue să li se dea *copiilor de sân,* a căror mortalitate este în special ridicată, cu deosebire în război (în războiul mondial trecut creştea aproape de front, în Moldova, până la 100%). Prin combaterea mortalităţii infantile s'ar putea asigura un spor anual de 60—90 de mii suflete.

Pierdem anual 120.000 de copii de sân. Din ei cu mijloacele întrebuinţate în alte state mai avansate, *s'ar putea salva cel puţin* 1/2, *dacă nu* 2/3. S'ar putea salva astfel *în* termen de *10 ani numai la categoria vârstei de copil de sân* 1/2—3/4 *milion de vieţi.*

Crearea aşezămintelor necesare pentru ocrotirea copilului de sân cere însemnate jertfe materiale. Ele trebuesc şi pot fi aduse. Statul şi iniţiativa particulară trebue să găsiască mijloacele şi fondurile necesare. Pentru moment se poate şi trebue făcut un început, prin *adăpostirea şi reaşezarea aşezămintelor de ocrotire infantilă, evacuate din Ardealul de Nord.* Reînfiinţate în Ardealul de Sud unde echilibrul demografic e cel mai prost în ţara întreagă, sau în oricare alt punct periclitat al ţării, ele vor trebui şi vor putea arăta în timpul cel mai scurt rezultate palpabile şi vor servi ca model pentru restul ţării, în ceea ce priveşte în primul rând ocrotirea copilului de sân. Să nu uităm că, din toate categoriile de vârstă copilul de sân este nu numai acela care dă cea mai mare mortalitate (la noi aproape 1/3 din mortalitatea totală şi aproape 2/3 din mortalitatea tuturor vârstelor de copii) şi că această mortalitate creşte cel mai uşor în timpuri de grea încercare, dar că ea poate fi şi cel mai uşor scăzută prin măsuri potrivite de combatere!

Astfel pe de o parte se va utiliza priceperea şi energia refugiaţilor în ogaşa ocrotirei infantile, în regiunile cari le-au oferit ospitalitatea. Trecutul lor de muncă şi activitate va indica drumul, pe care va trebui să se activeze în viitor în domeniul ocrotirei copilului în aceste regiuni. Pe de altă parte, reînfiinţarea acestor instituţii în Ardealul de Sud sau în restul ţării *corespunde activităţii lor din trecut, desfăşurată* în parte *pe acest teritoriu.* Aşa de ex. azilele de copii din Oradea, Cluj, Tg.-Mureş aveau colonii de copii în regiunile ardelene rămase României şi după arbitrajul dela Viena, cât şi în Vechiul Regat. Aceste colonii azi sunt lipsite de conducerea centralelor lor, cari reînfiinţate în Ardealul de Sud sau în Muntenia, ar desfăşura o bogată activitate în favorul copiilor familiilor mobilizaţilor şi al orfanilor de război. De asemenea şi celelalte instituţii de ocrotire din Ardealul de Nord îşi aveau terenul de activitate în parte tot în teritoriul în care s'au refugiat şi din care îşi primiau o parte din ocrotiţi.

* * *

Opera de ocrotire a mamei şi copilului din război se bazează pe *principii generale identice* celeia din timp de pace, în care trebue să se incadreze şi pe care trebue s'o pregătiască şi s'o lărgiască. Pentru a realiza scopul ei principal, un mai bun spor de populaţie, ea trebue să combată pe de o parte denatalitatea, pe de altă parte mortalitatea infantilă.

Exemplul poporului german ne arată că prin mijloace energice *se pot obține rezultate însemnate și în combaterea denatalității.* Asemenea rezultate, considerate până în curând irealizabile, se pot ajunge chiar și fără un concurs deosebit din partea puterii de Stat, fapt dovedit de Germanii din afară de frontierele Reichului. Astfel Sașii din Ardeal, de dată recentă și prin mijloace aplicate tot mai sistematic în cursul războiului actual, au ajuns să-și redreseze în mod voit tradițională lor natalitate scăzută. In tot cazul redresarea natalității se face *mult mai greu,* cu jertfe materiale mari și cu măsuri coercitive mult mai energice, decât cele necesare pentru combaterea mortalității infantile. La noi s'au luat în timpul din urmă unele dispoziții pentru combaterea celibatarismului și concubinajului, iar de tot recent s'au mărit ajutoarele pentru familiile de funcționari cu mulți copii și s'au prevăzut ajutoare pentru funcționarii cari doresc să se căsătoriască. Insă o combatere a denatalității în massele largi ale populației din Ardealul de Sud și în special din Banat, nu va fi posibilă decât prin măsuri analoage celor din Germania sau celor luate de Germanii dela noi, bine înțeles cu adaptările inerente felului deosebit de traiu și cu considerarea a o serie de condiții ce variază dela un popor la altul.

Mult mai ușoară și mai fructuoasă e lupta contra mortalității copiilor. Reducerea mortalității infantile se poate obține în scurtă vreme, după exemplul țărilor civilizate, mai sus citat. Evident, și sub acest raport mijloacele aplicate în alte țări trebuesc adaptate situației speciale din țara noastră, ținându-se seamă de faptul că *mijloacele bune pentru țările industrializate din Occident nu pot fi transplantate fără nicio rezervă în mediul românesc, agricol.*

* * *

Principiul de bază al ocrotirei mamei și copilului este, în timp de război și pace de opotrivă, ocrotirea și asistarea mamei și copilului *în familie și numai excepțional în institute.*

Oricât de importantă este ocrotirea mamei și copilului în familie, opera puericulturală în timp de pace și război nu se poate imagina fără un *număr minimal de institute.* Ele adăpostesc ca: 1) institute de asistență socială, în mod temporar, copiii sănătoși cari nu pot fi lăsați în familia proprie, necorespunzătoare sub raport economic, moral și igienic; sau, pe timp mai îndelungat, pe aceia dintre acești copii, cari nu pot fi îngrijiți nici într'o familie crescătoare, adoptivă; iar ca: 2) institute spitalicești, pe acei foarte numeroși copii bolnavi a căror boală nu poate fi cu succes tratată la domiciliu. In acelaș timp aceste instituții sunt menite ca, pe lângă ocrotirea și asistența copiilor nevoiași sau bolnavi, să asigure un teren de activitate medicilor și personalului ajutător sanitar pentru a-și putea face pregătirea corespunzătoare. Aceleași instituții mai sunt chemate ca prin activitatea lor științifică și practică să fie stimulentul, modelul și îndrumătorul activității ce se desfășoară în afara lor, sau sub conducerea lor directă.

Numărul acestor institute actualmente este absolut insuficient, neasemănător mai redus ca în alte țări. In acelaș timp numărul copiilor cari necesită o îngrijire instituțională crește din ce în ce mai mult, datorit atât progresului pe care-l face țara (prin industrializare, urbanizare etc.), cât și în special — cum am arătat — din cauza războiului. Pentru a putea face cu succes ocrotirea și asistența copilului în timp de pace și cu deosebire în timp de război, când trebuințele sunt considerabil mărite, ar trebui să avem cel puțin: câte un *institut de puericultură* ***în fiecare centru universitar***, afiliat Clinicei Infantile și de Puericultură respective; *câte un azil și spital de copii și câte o maternitate,* ***în fiecare regiune sanitară;*** *câte un cămin de copii și de mame, câte o secție de copii și de maternitate la spitalul public, câte un oficiu de ocrotire, dispensar de copii cu serviciu social, surori de ocrotire, bucătărie de lapte,* ***în fiecare județ;*** *câte un centru (casă) de sănătate (casă de ocrotire, dispensar polivalent), cu consultații de copii, adăpost de zi (cameră de alăptare), bucătărie de lapte, sală de nașteri, sală de izolare,* ***în fiecare plasă,*** *și pe cât posibil în fiecare circumscripție medicală rurală.*

Fără aceste instituții opera de ocrotire a mamei și copilului va rămânea în domeniul *teoriei și biurocratismului,* mărginindu-se la ordine în scris, inspecții și instrucții verbale, foarte indicate și utile ca început sau control, dar cari nu vor putea da decât un *rezultat practic foarte neînsemnat,* oricât de bune ar fi intențiile și mari eforturile organelor existente, cari le fac și le dau.

* * *

Principiile mai sus arătate și obligativitatea înființării unui minimum de instituții în ordinea de importanță de mai sus, vor trebui asigurate prin lege specială, acea *lege a ocrotirei familiei, mamei și copilului,* cu care regimurile trecute ne-au rămas datoare.

In toate țările și la toate neamurile cari se respectă, problema ocrotirei mamei și copilului a fost considerată ca o problemă fundamentală de Stat și ea a fost mai mult sau mai puțin soluționată în urma primului război mondial. Cel mai sensibil indicator al progresului făcut pe teren sanitar este astăzi organizația dată protecțiunei maternoinfantile. Cu deosebire *statele totalitare* sunt acelea cari și-au înscris în programul lor fundamental soluționarea acestei probleme. Astfel Italia fascistă a creat încă acum 20 de ani acea grandioasă „Opera Nazionale della Maternità

ed Infanzia", care a dat naţiunei italiene sute şi mii de instituţii, unele de extensiunea unui întreg cartier de oraş. Evident asemenea instituţii uriaşe, minunat înzestrate, au putut să serviască cu demnitate ideea de politică demografică care stă la baza progresului acestui stat. De asemenea Germania naţional-socialistă a adus jertfe extraordinare pentru ocrotirea mamei şi copilului, asigurând numai pentru o parte a problemei demografice (împrumutul de căsătorie, alocaţii şi subvenţii pentru copiii rezultaţi din aceste căsătorii, ajutoare pentru instrucţia lor) în bugetul din 1938 o sumă anuală echivalentă cu întregul buget anual al României. Această sumă urma să se mărească an de an, fiind prevăzută pentru bugetele dela 1938 încoace o creştere treptată la multiplul ei. Pentru celelalte capitole mari ale ocrotirei mamei şi copilului (întreţinerea instituţiilor, asigurările sociale etc.) s'au cheltuit alte sume formidabile.

La noi problema familiei, mamei şi a copilului a fost pusă ca *problemă fundamentală de stat de către D-l Mareşal Ion Antonescu, Conducătorul Statului Român.*

Odată cu legiferarea ocrotirei mamei şi copilului, care nu mai poate întârzia, vor trebui *reorganizate* puţinele instituţii existente şi aduse sub numitor comun diferitele legi mai vechi cari cuprind unele dispoziţii în materie de ocrotire maternoinfantilă. Ele sunt însă adesea contrazicătoare, necorespunzătoare, aduc specificări insuficiente sau, ca de ex. Regulamentul pentru ocrotirea mamei şi copilului din 1937, cuprind multe dispoziţii utile, totuş incomplete şi fără ca cel puţin principiile mai însemnate să fi fost cuprinse în lege.

Viitoarea legiferare va trebui să considere, alături de principiile fundamentale mai sus arătate, înainte de toate problema avortului terapeutic care va trebui îngrădit şi mai mult, întru cât actualele dispoziţii ale Codului penal s'au dovedit insuficiente şi numărul avorturilor este în creştere faţă de trecut. Va trebui admis în acelaş timp avortul eugenetic şi social, bineînţeles numai în cazuri foarte motivate şi cu toate restricţiile. Va trebui legiferată obligativitatea declarării sarcinei şi a febrei puerperale. Se va da o grijă deosebită ocrotirei şi asistenţei femeii gravide şi lăuze, mamei ce alăptează, copilului de sân de toate categoriile, în primul rând nounăscutului, copiilor dependenţi (aşazişi părăsiţi), problemelor tutelei, adopţiunei, cercetării paternităţii, combaterei abandonului familiar, ocrotirei copilului preşcolar şi şcolar, copiilor angajaţi în industrii, defectivi, delicvenţi, moral decăzuţi, etc. Impozitul celibatarilor şi al persoanelor cari trăiesc în concubinaj, va trebui utilizat în folosul familiilor cu mulţi copii, binedotaţi etc. Va trebui creat un *număr sufficient de instituţii,* în primul loc al celora ce servesc la *educarea personalului* şi la *ospitalizarea copiilor cari nu pot fi asistaţi la domiciliu.* Vor trebui asigurate fondurile necesare, printr'o *mai bună repartizare a fondurilor actuale, disponibile pentru sănătatea şi ocrotirea publică, utilizându-le într'o mai justă proporţie pentru ocrotirea mamei şi copilului,* cât şi prin *mărirea resurselor* de venituri sanitare, *cu ajutorul unor măsuri* dovedite *efective şi în alte state* (impozitul celibatarilor utilizat în sensul de mai sus, contribuţiile caritătii publice, fundaţii, amenzi, etc.). In sfârşit vor trebui mărite puterea executivă, controlul tehnic şi administrativ, cât şi *iniţiativa locală şi particulară.*

* * *

Bine înţeles pentru un moment ne vom îndestuli adesea cu paliative şi vom asigura înainte de toate numai *cadrele* unei activităţi în ocrotirea mamei şi copilului, mai rodnice ca cea din trecut. Cu timpul ea va putea fi *amplificată şi perfecţionată.*

Ca început de ocrotire a copilului în război, *Consiliul de patronaj al operelor sociale* a luat asupra sa prin comitetele judeţene recent create, asistenţa materială a familiilor mobilizaţilor şi a celor căzuţi în război. Aceeaş instituţie a organizat în vara aceasta coloniile, cari au adăpostit copiii din zonele periclitate, în primul rând pe cei din Capitală. Fără îndoială, vom asista în curând la o reluare, într'o formă sau alta, a activităţii vechei opere a ocrotirei orfanilor de război. In acest sens, de dată recentă, s'au şi înfiinţat mai multe institute pentru educarea orfanilor şi fiilor de invalizi. De asemenea s'a dispus înmulţirea leagănelor de copii la fabrici, întreprinderi, cu mame muncitoare.

După realizări atât de frumoase ca început, datorite toate iniţiativei venite *direct dela Conducătorul Statului,* nu se va mai putea repeta greşeala de după primul război mondial, când nu s'a persistat în continuarea operei de ocrotire a copilului, bine inspirată şi începută.

Dela primele soluţii, date sub imboldul nevoilor momentane, va trebui să pornim sub imboldul grijei pe care o trezeşte războiul pentru viitorul neamului, la *creaţii din ce în ce mai temeinice şi mai numeroase.* Să înfiinţăm şi noi, cel puţin în cursul şi în urma războiului mondial al 2-lea, acea operă pe care alte ţări şi neamuri au ştiut să o creeze sub imboldul primului război, înainte cu un sfert de veac.

Combaterea mortalităţii infantile şi opera de ocrotire modernă a copilului a pornit dela Universitate, din Facultăţile de Medicină şi este dirijată cu deosebire de Medicina infantilă. Avântul luat de ocrotirea copilului coincide cu importanţa tot mai covârşitoare a pediatriei, cu progresele mari pe cari le-a realizat în ultimile decenii. Se poate precis demonstra, că odată cu înfiinţarea Clinicilor de copii în diferitele ţări, *a scăzut şi mortalitatea infantilă.* Astfel de ex. în Elveţia în câţiva ani a scăzut întâiu mortalitatea din oraşul

universitar, apoi în scurtă vreme şi din cantonul respectiv. Dar pentru aceasta Clinica infantilă trebue să fie înzestrată după toate cerinţele moderne.

In special menirea Clinicei infantile a Universităţii Daciei Superioare, în cursul războiului acestuia, este mai grea ca orişicând. Dealtfel rostul acestei Clinici era şi în timp de pace de a lupta cu dificultăţi deosebite, întru cât Ardealul a dat totdeauna cel mai prost bilanţ demografic din ţara întreagă. Avem sfânta datorie de a participa la *combaterea depopulării* Banatului şi a judeţelor mărginaşe, Arad, Hunedoara, Făgăraş. Minusul de excedent de populaţie constatat de atâta vreme în această regiune, sau pe cale de a se produce mai ales acum în războiu, ar trebui să mobilizeze maximum de eforturi pentru combaterea mortalităţii infantile. Căci aceasta este singura cale pe care se pot obţinea rezultate prompte. Pentru aplicarea acestor mijloace *iniţiativa* şi *îndrumările principale* ar trebui să vie dela noi.

Alături de instituţii spitaliceşti pentru copii, trebue să avem aşezăminte (cămine, azile) pentru copiii sănătoşi, dar lipsiţi de condiţiile normale de creştere în familia proprie. In acest scop, Clinicilor infantile mai bine înzestrate ca până aci, trebue să le afiliem *Institute de Puericultură.* Ele există, ca început, pe lângă Clinicile din Bucureşti şi Iaşi. Chiar pe lângă catedra de Clinică infantilă din Cluj-Sibiu a existat în cursul anului trecut un asemenea Institut, cu un început de activitate teoretică, didactică, organizatoare şi chiar practică. El trebuia susţinut, amplificat şi s'ar putea realiza şi azi cu cheltuieli minimale, existând insuficient utilizat aranjamentul necesar, personalul medical de lipsă şi chiar localul provizor, oferit de *Societatea Principele Mircea.* Cu timpul şi în viitorul cel mai apropiat va trebui sigur mărit şi amplificat.

* * *

Cu o bună utilizare a specialiştilor în materie se va putea creia şi la noi, pornind din avântul dat ocrotirei copilului prin războiu, o viitoare mai bună organizare pentru timpurile de pace. Neîncrederea şi rezerva faţă de postulatele pediatriei şi puericulturei, fireşti la orice început nou, trebue să dispară şi să dea loc unor posibilităţi de *activitate creatoare.*

Puţinele noastre instituţii de ocrotire, de asistenţă socială şi de ospitalizare a copilului, existente, trebuesc menţinute în timpul războiului ca atari cel puţin în cadrele insuficiente din trecut, dacă nu pot fi numai decât amplificate. In nici un caz ele *nu trebuesc reduse* şi mai mult, ca activitate în timp de războiu, *sau chiar desfiinţate.* Fondurile necesare în acest scop se pot găsi şi trebuesc găsite.

Odată cu opera de ajutorare materială a familiilor mobilizaţilor şi a celor căzuţi în luptă, va trebui să asigurăm asistenţa lor sanitară. Fondurile cari se adună în acest scop, să serviască inclusiv la crearea şi întreţinerea instituţiilor de asistenţă şi ocrotire socială sau medicală a copiilor soldaţilor. O condiţie a primirei ajutoarelor de familie să fie şi *examenul simultan medical,* repetat la fiecare nouă dată de distribuire a ajutorului, lunar sau mai frecvent.

Medicii de copii puţini pe cari îi avem, inclusiv cei particulari, să fie *mobilizaţi pentru înfăptuirea* cu un ceas mai de vreme a *operei de ocrotire a copilului* în războiu şi perfecţionarea ocrotirei copilului pentru timp de pace.

Facultatea de Medicină a Universităţii Daciei Superioare a fost cea dintâiu, care a sugerat şi a dat soluţii pentru o mai bună organizaţie sanitară a ţării, militând în primul rând pentru o mai bună pază *a sănătăţii viitoarei generaţii.* Războiul sfânt pe care-l duce neamul nostru pentru reluarea a tot ce i s'a răpit pe nedrept, reactualizează şi pune în primul plan astăzi, mai mult ca oricând, problema sănătăţii şi ocrotirei viitoarei generaţii, garanţia cea mai bună a viitorului nostru.

Este o îndatorire a noastră firească să militäm pentru înfăptuirea programului *biopolitic,* creat dela această facultate de Prof. *Moldovan.* Azi când ideile, planurile şi legea sanitară şi de ocrotire ale D-sale sunt tot mai mult aplicate, opera de ocrotire a mamei şi copilului găseşte condiţii mai prielnice de desfăşurare.

Rectorul Universităţii noastre, Profesorul *Haţieganu* a realizat la Cluj creaţia poate cea mai frumoasă, *în favorul sănătăţii generaţiei tinere.* Spirit profund înţelegător şi realizator, prin concepţia sa înaltă, ştiinţifică-practică, autoritatea şi energia sa, vor asigura sigur izbânda operei de ocrotire a copilului, a cărei iniţiere şi îndrumare în Ardealul atât de năpăstuit trebue să plece *din această Universitate.* Este o operă de salvare şi perfecţionare a viitoarei generaţii, pe care azi ne-o impune însuş *programul de Stat, dat de Mareşalul desrobitor.*

Conferință de tuberculoză

Spre o colaborare internațională eficace în domeniul combaterii tuberculozei

Conferința preliminară dela Berlin din 25—27 Noemvrie 1941

de

Conf. Dr. L. Daniello

Comitetul german pentru combaterea tuberculozei — Reichs-Tuberkulose-Ausschuss — sub prezidenția D-lui *Dr. Walter*, ținând seamă de experiența făcută în timpul războiului mondial dela 1914—1918, în cursul căruia s'a înregistrat în toată Europa o creștere impresionantă a mortalității și morbidității de tuberculoză, a luat inițiativa organizării unui front european comun împotriva acsstei boli, pentru a se evita de astă dată pierderile însemnate de vieți umane datorite tuberculozei, ce vin să sporească, în mod inutil, cifra victimelor războiului.

Pentru a pune bazele acestei colaborări, a fost convocată o conferință preliminară — Arbeitsbesprechung — la Berlin, la care au fost invitați nominal ftiziologi din toată Europa. Pe tot timpul ședерii lor în Germania aceștia au fost considerați oaspeți ai „Reichs-Tuberkulose-Ausschuss"-ului, care a luat asupra-și toate cheltuelile de călătorie și întreținere, acordând înafară de asta participanților toate înlesnirile posibile. Din partea României au participat la această conferință D-l *Dr. Marius Nasta*, conferențiar la Facultatea de Medicină din București și subsemnatul; D-l *Prof. Bălteanu* dela Iași — deasemenea invitat — n'a putut lua parte.

Inafară de Anglia, Rusia și Suedia, toate statele europene, precum și Japonia, au fost reprezentate prin delegații oficiale.

Pentru a sublinia importanța pe care Germania o acordă problemei combaterii tuberculozei, toate ședințele conferinței dela Berlin s'au ținut în prezența ministrului sănătății — Reichsgesundheitsführer — *Dr. Conti*, care în cuvântarea prin care a deschis lucrările conferinței a declarat că Germania va face toate eforturile pentru împiedecarea răspândirii sporite a infecțiunii tuberculoase din cauza momentelor favorizante creiate de război. Printre acestea figurează în primul rând surmenajul fizic și nervos la care este supusă atât armata cât și populația civilă, alimentația raționalizată la maximum și ocazia sporită de infecție din cauza aglomerărilor umane din armată, industrii de război, tabere de muncă, lagăre de internați și prizonieri. O proporție mai mare de tuberculoși decât cea obișnuită la populația Germaniei s'a constatat în timpul din urmă printre muncitorii străini italieni, polonezi, francezi, etc., ce sunt utilizați actualmente în număr foarte mare de către industria germană. Fără să aibă încă date statistice la dispoziție, doctorul Conti crede că o ușoară sporire a frecvenței tuberculozei se va înregistra chiar și în populația autohtonă a Reichului.

Delegația italiană a desmințit știrile inexacte răspândite de propaganda dușmană prin care se afirmă sporirea considerabilă a tuberculozei în peninsulă, în urma mizeriilor războiului, arătând că organizația perfectă a profilaxiei sociale în Italia precum și asigurarea obligatorie împotriva tuberculozei, introdusă de mai mulți ani de către Duce s'au dovedit atât de eficace încât au împiedecat sporirea morbidității și între împrejurările excepționale de azi.

După cum a rezultat din expunerile diferitelor delegații, în majoritatea țărilor europene războiul a determinat însă o creștere a morbidității tuberculoase. Ea este deosebit de mare în Finlanda unde populația evacuată în mase mari din regiunile de est în cursul campaniei din iarna trecută a avut mult de suferit. Delegatul Ungariei a ținut să declare că dacă în cursul acestui an se va înregistra o creștere a tuberculozei în această țară, fenomenul va trebui explicat exclusiv prin faptul că în teritoriile de curând anexate din nordul Transilvaniei tuberculoza este mult mai răspândită decât în vechea Ungarie.

Situația actuală din România nu poate fi încă exprimată în cifre statistice, pentru noi nu încape însă nici o îndoială că în urma războiului, a evacuării provinciilor cedate și a condițiilor de trai puțin igienice a refugiaților și a celor rămași timp de un an sub regimul bolșevic, morbiditatea și mortalitatea datorite tuberculozei vor spori în mod considerabil. Statistica oficială din anii premergători actualului război indica o mortalitate de 18 la 10.000 de locuitori pe an, clasându-ne astfel printre țările cele mai tuberculizate și — ceea ce este mai grav — în care tuberculoza are încă o tendință la sporire progresivă, pe câtă vreme în cele mai multe țări, chiar din estul Europei, ea a scăzut simțitor.

Pentru România problema combaterii tuberculozei în momentul de față se pune în mod mult mai imperios decât pentru Germania, a cărei mortalitate este abia de 5 la 10.000 de locuitori, adică de patru ori mai mică decât a noastră. Germania mai are avantajul de a poseda de multă vreme o vastă organizație de profilaxie socială care funcționează în mod foarte

eficace, pe câtă vreme la noi aproape totul trebue creiat de acum înainte. Până atunci România va continua să piardă în fiecare an din cauza tuberculozei între 30—40.000 de tineri adică cam tot atâţia câţi a pierdut anul acesta din cauza războiului. Acest enorm sacrificiu de vieţi umane nu mai este admisibil şi nu poate fi scuzat prin nimic astăzi când avem dovada făcută de atâtea alte ţări că el poate fi relativ uşor evitat printr'o organizaţie antituberculoasă bine condusă. Iniţiativa luată de Germania de a coordona eforturile ţărilor europene în vederea luptei antituberculoase este mai ales pentru noi cât se poate de binevenită şi de aceea în calitate de delegaţi ai României ne-am grăbit să aderăm la noua Uniune internaţională contra tuberculozei care a fost întemeiată cu ocazia conferinţei dela Berlin. „Reichs—Tuberkulose—Ausschuss"-ul a elaborat o serie de directive în vederea raţionalizării profilaxiei sociale a tuberculosei (Entwurf von Richtlinien für die Planwirtschaft im Kampfe gegen die Tuberkulose), care au fost distribuite spre studiere delegaţiilor tuturor ţărilor participante la conferinţă. Uniunea nou creiată va avea un comitet în care îşi vor avea delegaţii lor toate statele participante şi un consiliu de administraţie cu un număr mai redus de membrii. Preşedintele va fi propus totdeauna de Germania, iar vicepreşedintele de Italia, ei se vor alege pe 6 ani. Consiliul de administraţie va ţine cel puţin o şedinţă pe an, iar comitetul mai larg tot la doi ani o şedinţă în legătură cu un congres internaţional de tuberculoză. Secretarii generali vor fi unul german, al doilea italian iar al treilea din ţara de origine a preşedintelui în funcţiune. Pentru primii 6 ani a fost ales preşedinte, la propunerea Germaniei, Prof. Paolucci, iar cel mai apropiat congres va avea loc la Roma. Fiecare ţară va avea un reprezentant în consiliul de administraţie şi 2—5 delegaţi oficiali în Uniune.

Uniunea va fonda şi un organ de publicitate propriu în care se vor desbate toate problemele de organizare şi colaborare.

In cel mai scurt timp reprezentanţii „Reichs-Tuberkulose-Ausschuss"-ului vor lua contact personal cu delegaţii naţionali şi cu organele sanitare superioare din toate statele participante, chiar în ţările lor. România va fi foarte probabil vizitată deja la începutul anului viitor de către d-l Dr. Walter, preşedintele asociaţiei germane pentru combaterea tuberculozei.

Impresia cu care ne-am întors dela conferinţa din Germania este cât se poate de favorabilă, nu numai din cauza primirii extrem de cordiale ce ni-s'a făcut acolo ci mai ales fiindcă avem convingerea că graţie colaborării intense dintre noi şi Germania se va putea organiza, în fine, şi la noi lupta împotriva tuberculozei pe baze raţionale şi ştiinţifice, reducându-se în scurtă vreme îngrozitoarele pierderi de capital biologic pe care poporul nostru le sufere an de an de pe urma acestei boli.

Revista cărţilor

Bolile prin virusuri ale omului. (Viruskranheiten des Menschen). De *Prof. Dr. med. E. Hagen.* Colecţia „Medizinische Praxis" 1 volum cu 162 pagini şi 26 figuri. Editor Theodor Steinkopf, Dresden şi Leipzig, 1941. Se găseşte la librăria H. Welther, Sibiu. Preţul legat Rm. 11·50.

Autorul a strâns în acest volum bolile infecţioase produse prin virusuri, cari constituesc un grup deosebit de boli. Tratate asupra bolilor cauzate de virusuri există încă, dar un tratat din acest domeniu cu noţiuni imediat practice pentru medicul practician nu există, de aceea autorul acestei lucrări a adunat în acest volum toate noţiunile cu caracter practic despre bolile datorite virusurilor din toate punctele de vedere: profilactic, clinic şi terapeutic.

Lucrarea se ocupă cu următoarele boli:

1. Boli eruptive: rujeola, rubeola, boala patra, exantemul infecţios (Ringelröteln), exantemul subit al copiilor mici (Dreitage-Fieberexanthem).

2. Boli eruptive veziculoase: febra aftoasă, stomatita aftoasă, herpesul simplu.

3. Boli eruptive pustuloase: variola, varicela.

4. Boli ale căilor respiratorii: gripa epidemică, boli datorite frigului la om (Schnupfen), psitacoza (Papageienkrankheit).

5. Boli ale sistemului nervos: encefalita letargică sau epidemică (Boala lui Econom), encefalita japoneză, encefalita americană sau St. Louis, encefalita australiană X, encefalita de primăvară şi vară, encefalita transmisibilă dela animal la om, poliomelita acută anterioară, turbarea.

6. Boli septicemice: febra galbenă, febra Dengue, febra pappataci.

7. Boli cu alte localizări: parotidita epidemică, limfogranulomatoza ingvinală, molluscum contagiosum.

8. Richettiosele şi trachomul: tifusul exantematic, boala lui Brill, febra de 5 zile, trachomul.

La fiecare din aceste boli sunt date noţiunile practice asupra etiologiei, epidemiologie, simptomatologie, diagnosticului, tratamentului şi profilaxiei. Astfel că această carte este foarte utilă pentru orice medic practician, în ea găsind achiziţiile cele mai recente ale ştiinţeei medicale atât din punct de vedere teoretic cât şi practic.

Tratamentul cu băi parţiale progresive. (Die Behandlung mit ansteigenden Teilbädern) de Prof. *Dr. Fritz Brauch.* Un volum de 76 pagini Ediţie Theodor Steinkopf, Dresden şi Leipzig, 1941. Preţul RM. 4·50. Se găseşte la librăria H. Welther, Sibiu.

In clinica profesorului G. Katsch şi Fritz Brauch tratamentul cu băi parţiale progresive de mulţi ani constitue o importantă parte din arsennlul terapeutic. Lucrarea prezentă se ocupă cu această problemă importantă pentru terapeutică.

Conţinutul lucrării este următorul: după câteva noţiuni introductive şi istorice asupra problemei se trece la tehnica propriu zisă a acestor băi parţiale: băi parţiale la o mână şi la ambele mâni, băi de şezut, băi parţiale la un picior şi la ambele picioare. Se discută apoi comportarea şi reacţiunea aparatului cardio-vascular în timpul acestor băi la individul cu acest aparat sănătos. Apoi se tratează acţiunea băilor parţiale asupra organismului bolnav: în ipertonia esenţială, asupra ipertoniei de natură renală, acţiunea băilor parţiale a mânilor în angina pectorală şi în turburările stenocardice, acţiunea acestor băi parţiale asupra stazelor locale periferice, asupra turburărilor circulatorii periferice, asupra turburărilor funcţionale propriu zise ale inimii. Se dau câteva observaţiuni cu extrasistolii şi cu aritmii absolute unde s'a aplicat acest tratament.

Mai departe s'au aplicat aceste băi parţiale în astmul bronchial, în turburări climacterice, în tireotoxicoze (boala lui Basedow). La sfârşit se dau câteva noţiuni asupra modului de acţiune a acestor băi parţiale

Această lucrare interesează nu numai pe medicii specialişti, ci ea poate fi utilă pentru orice medic practician, care se ocupă cu terapeutica medicală.

Conf. Dr I. Gavrilă.

Note şi informaţiuni

Decrete şi Decizii

1. **In Monitorul Oficial Nr. 275** din 19 Nov. 1941 s'a publicat Decizia Ministerială Nr. 69.949 din 4 Nov. 1941, privind justificarea gestiunilor Spitalelor de Z. I.

2. **In Monitorul Oficial Nr. 280** din 25 Nov. 1941, s'a publicat Regulamentul pentru funcţionarea institutelor surorilor de ocrotire.

3. **Prin Decretul Conducătorului Statului cu Nr. 3108** din 10 Nov. 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 282 din 27 Nov. 1941, s'a făcut următoarea mişcare în personalul medical pendinte de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale:

D-l Dr. Simion Petri, medic definitiv al circ. Lunca, jud. Bihor, se transferă în aceeaşi calitate la circ. sanitară Căptălan, jud. Alba.

D-l Dr. Iuga Aurel, medic definitiv, la dispoziţia Ministerului se transferă definitiv în interes de serviciu la circ. sanitară Deaj, jud. Târnava-Mică.

Următorii medici care au împlinit stagiul cerut de lege se confirmă definitiv în posturile ce ocupă:

D-na Dr. Lidia Roşca, medic stagiar al circ. sanitare rurale Nadeş, jud. Târnava-Mică.

4. **In Monitorul Oficial Nr. 284** din 29 Nov. 1941, s'a publicat Legea Nr. 1039 din 28 Nov. 1941, privitor la reglementarea concesiilor de farmacii, drogherii, depozite de medicamente, laboratoare şi fabrici de produse medicamentoase aparţinând evreilor.

5. **In Monitorul Oficial Nr. 284** din 29 Nov. 1941, s'a publicat Legea Nr. 1040 din 28 Nov. 1941, privitor la unificarea regimului farmaciilor.

6. **Prin Decizia Ministerului M. S. O. S. Nr. 77,309** din 4 Dec. 1941, publicată în Monitorul Oficial Nr. 289 din 5 Dec. 1941, actualii comisari de românizare numiţi de Ministerul Economiei Naţionale la farmaciile proprietatea evreilor, se numesc pe data acestei decizii, farmacişti diriginţi ai acestor farmacii în conformitate cu art. 4 alin. 1 din legea Nr. 1031 publicată în Monitorul Oficial Nr. 284 din 29 Nov. 1941.

Ei vor primi aceleaşi remuneraţii pe care le-au avut în calitatea de comisari de românizare.

Posturi vacante

In Monitorul Oficial Nr. 282 din 27 Nov. 1941, s'a publicat vacant postul de medic al circ. Moreni, jud. Prahova.

In Monitorul Oficial Nr. 296 din 6 Dec. 1941, s'a publicat vacant postul de medic primar al secţiei de obstetrică şi ginecologie dela Spitalul de Stat din Alba-Iulia.

D-nii medici care întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste locuri, vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela înserarea publicaţiei în Monitorul Oficial.

Concursuri

Epitropia generală a casei spitalelor „Sf. Spiridon" din Iaşi.

Se aduce la cunoştinţa d-lor medici că la data de 26 Martie 1942, ora 16, se va ţine concurs la Spitalul Central, Cancelaria colegiului medical, pentru ocuparea definitivă a posturilor vacante de medic primar specialitatea chirurgie şi medicină internă, dela Spitalul „Bârlad şi Elena Beldiman", din Bârlad, pendinte de această instituţie.

Cererile de înscriere la concurs se vor prezenta Epitropiei Generale la Iaşi, însoţite de actele şi lucrările prevăzute la art. 7 şi 8 din regulamentul de concurs al acestor aşezăminte, iar închiderea registrului de înscrieri se va face cu 10 zile libere înainte de începerea concursului.

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

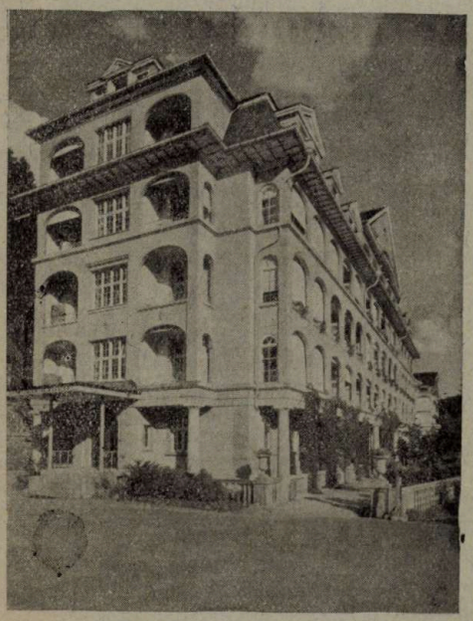
ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA: 1 lingură de supă înaintea fiecărei mese

Depozit permanent: Drogueria Standard, Str. Sf. Ionică 8, București

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într'o poziție privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:
în camere pt. două persoane dela RM 9
în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Backmeister**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

Pervitin

1 phenil - 2 methyl - amino propan

Hypotonie și Collaps circulator

după operații și boli infecțioase

Stimulent psihic

în depresiuni, psihoze și narkolepsie

Analeptic puternic

pentru deșteptarea din narcoze și intoxicații grave

Temmler Werke, Berlin

Brosedan

Sedativ, lichid cu brom și drojdie de bere

Terapia bromică fără efecte secundare!

Brosedan ușor de amestecat în alimente, ușurează administrarea dietei achlorurate

Brosedan e inofensiv, ușor de administrat și cu acțiune durabilă

Indicații: stări de iritabilitate, tireotoxicoze, turburări climacterice, hypertonie, maladia razelor.

Temmler Werke, Berlin

Pentru România: **Dr. Alexandru Radu, Bucureşti 3,** Str. Sofia 30

Probele pentru acest concurs vor fi acele prevăzute la art. 14 şi 18 din regulamentul de concursuri.

Candidaţii vor depune odată cu cererea de înscriere şi taxa de Lei 3000 fixată pentru acest concurs.

Concursul se va ţine conform regulamentului de concursuri al acestor aşezăminte, publicat în Monitorul Oficial Nr. 13, din 17 Ianuarie 1938.

Nr. 14862 din 18 Noemvrie 1941.

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a constituit următoarea comisiune pentru prevenirea şi combaterea bolilor contagioase: d-l Dr. I. Stoichiţia, secretar gen. al Ministerului; d-l prof. Dr. I. Ionescu-Mihăeşti, directorul Institutului de Seruri şi Vaccinuri „Prof. Dr. I. Cantacuzino"; d-l prof. Dr. M. Ciucă; d-l prof. Dr. I. Moldovan, directorul Institutului de Igienă Cluj-Sibiu; d-l prof. Dr. I. Bălţeanu, directorul Istitutului de Igienă Iaşi; d-l prof. Dr. Gh. Zotta; d-l gen. Dr. I. Saidac.

Facultatea de Medicină din Bucureşti aduce la cunoştinţă d-lor medici că dela 15 Ianuarie 1942 vor începe cursuri de specializare în balneologie la Institutul de Balneologie din Spitalul Brâncovenesc.

Domnii medici cari doresc să urmeze aceste cursuri, se pot înscrie la cancelaria Institutului.

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacţie

Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 44, vom 31 Oct., 1941.

Über die Enstehung des Erregungsstoffes Acetylcholin und ihren Zusammen hang mit dem Stoffwechsel des Nerwengewebes: F. Th. v. Brücke.

Alter und Tuberculose: Sattler A.

Erhaltung der Tube bei Tubargravidität: Gaus C. J.

Einfluss und Wirkung des Nebennieren rindenhormons in der Frühgravidität und bei Hyperemesis gravidarum.: Posatti F.

Nr. 45, vom 7. November, 1941.

Die Möglichkeiten der Bienengiftanwendung im Rahmen der Behandlung rheumatischer Erkrankungen, insbesondere aber der typischen und atytischen Gicht: Ludwig O.

Die Baederbehandlung bei Alterskrankheiten: O. Gerke.

Weitere Erfahrungen mit meinem Magengeschwür-Behandlungsverfahren: B. Mező.

Nr. 46, vom 17. November, 1941.

Über Altersschwerhörigkeit: G. Hoffer.

Die Prostatahypertrophie als Alterssymptem: K. Hasslinger.

Ektopia Kordis im Lihte der Erbpathologie: R. Stieglbauer.

Nr. 47, vom 21. November, 1941.

Der Alterskrebs: B. Breitner.

Phisiologische und pathophisiologische Grundlagen und Ursachen des Alterns: B. Petschacher.

Fokale Sanierung bei entzündlichem Gefässverchluss: W. Breu und W. Weissel.

Beitrag und Behandlung der Lungenentzündung: R. Singer.

Übertragung der Sarkoptesräude; Fuchs, Hund, Mensch.: H. W. Schmidt.

Nr. 48, vom 28. November, 1941.

Sozialpolitische und sozilmedizinische Aufgaben und Leistungen des Staates für den alternden und erwerbsunfähigen Menschen M. Gundel.

Über den Stand der Heilforschung beim Kebs.: H. Auler.

Ein Beitrag zur frage der Störung des Jonengleichgewichtes bei allergischen Erkrankungen: H. Jesserer.

Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 44, vom 31. Oktober, 1941.

Die Bedeutung der Vestibularisstörungen für die Beurteilung der komotio cerebri unter besonderer Berücksichtigung des Lagenystagnus: von Seiferth.

Der Kopfschmerz: Weidner.

Ergebnisse von 1400 Liquoruntersuchungen mit der Schellak-Reaktion: Kutscher.

Kritische Besprechung der Sexualhormon-Therapie: Schröder.

Die Prognose der Agranulocytoze: Thaddea

Nr. 45, vom 7. November, 1941.

Malirne Nephrosklerose und Periarteriitis nodosa: Far.

Aktive Behandlung der offenen Lungentuberkulose werdender Mütter: Unverricht.

Erfahrungen mit der aktiven Diphtherieschutzimpfung bei Erwachsenen: Clauberg.

Erfahrunge mit de Scharlach-Schutzimpfstoff.: Voke.

Der Skorbut. Eine klinische und Ernährungsphisiologische Studie: Wagner.

Über die Wikung der Eischleberölkonzentrat (Vitamin D3) auf die Rachitis des Kindes: Hofmeierund Holtz.

Die klinische Stellung der Rückbildungspsichose ihre Prognose und Behandlung: Weitbrecht.

Prognose der Hirnembolie: Schaltenbrand.

Unruhige Beine: Weitzsäcker.

Nr. 46, vom 14. November, 1941.

Zur Klinik der Malaria: Schüffner.

Zur Klinik des Fleckfiebers: Munck.

Malaria und Fleckfieber: Nauck.

Fleckfieberfragen bei der Umsiedlung des Volksdeutechen aus dem Ostraum 1939—1940: Rose.

Klinisch parasitölogische Beobacstungen: Wigand.

Über den Einfluss von antimonsalzen auf das Fünftagefieber: Pena Yanez.

Schlaflosigkeit: Gaede.

Nr. 47, vom 21. November, 1941.

Der Kollaps — seine Formen, seine Folgen, seine Behandlung: Beigclöck.

Aenemie und Erytropoese: Tischendorf.

Graphische Rechenhilfen für das Stoffwechsellaboratorium: Habs.
Die Gehirnzystizerkose: Gaupp.
Aus den Vereinigten Staaten von Nordamerika, England und Argentien: Dr. J. P. zum Busch
Stellung der Chirurgie und Medizin vor 150 Jahren. Zum 80-ten Geburtstag von Geheimrat August Bier.: Utemann

Schweizerische Medizinische Wochenschrift Nr. 43—44/1941.

Nr. 45, vom 8. November. 1941.

Maladie d'Alzheimer (m. A.) et maladie Pick (m. P): Andre Favre.
Über die Behandlung der kavernösen Lungentuberkulose mit der Kavernensaugdrainage: Albert Schubert
Beziehungen zwischen Zuckerresorbtion und Phosphatstoffwechsel: L. Last und L. Dalla Torre.
Tuberkulose und Armee im Aktivdienst 1939 und folgenden Jahren: N. Markoff.
Untersuchungen über die Wirsamkeit verschiedener Verfahren der Raumdesinfektion mittels Foraldehyd-Wasser- und Paragerm-Dämpfen: B. Fust,
Chronischer Alkoholismus und Selbstmord: C. Shimshonny.

Nr. 46, vom 15. November, 1941.

Die Schwangerschaftsreaktion nach Aschheim-Zondeck und ihre Modifikationen: Held
Über aseptische Nekrosen: Rob Meyer-Wildisen.
Über die experimentelle Nephritisforschung und ihre Bedeutung für die Nierenerkrankungen: M. Gukelberger.
Zur Aetiologie der Meralgia paraesthetica: Walter Jost.
Die Beurteilung der Herzkranken durch den Militärarzt: W. Hadorn.
Beurteilung rheumatischer Leiden im Militärdienst: V. Heinemann.
Amerikanische Medizin: Egon Wildbolz.

Nr. 47, vom 22. November, 1941.

Arzt und Psichotherapeut.: G. Fanconi.
Über aseptische Nekrosen: Rob. Mayer-Wildisen.
Systematik der hämorragischen Diathesen: Rudolf Jürgens.
Zur Epidemiologie der Mialgia acuta epidemica: Richard Rehsteiner.
Les syndromes radiculatgiques cervico-brachial et lombo-sacré d'origine vertébrale: Marcel Monnier.
Kramphbehandlung epileptischer Ausnahmezustände: W. Platner.

Die Medizinische Welt: Nr. 43, vom 25. Oktober, 1941.

Über das Krankheitsbild der Bauchhöhlenschwangerschaft: F. A. Wall.
Über den heutigen Stand der Vitaminforschung auf dem Gebiete der Gynekologie und Geburtshilfer: G. Gaetgens.
Neurovegetative Störungen in Klinik und Praxis: Schneider.
Blutalkoholbestimmung, ihre Ausführung und ihre Bedeutung für die gerichtliche Medizin und die Gutachtertätigkeit, sowie die möglichen Fehlerquellen: Prof. K. Walcher.

Nr. 45, vom 8. November, 1941.

Die Feersche Krankheit: Doz. Dr. H. U. Köttgen.
Über den heutigen Stand der Vitaminforschung auf dem Gebiete der Gynekologie und Geburtshilfe (III): Gaethgens.
Zur internen Behandlung der Trigeminusneuralgie: Prof. Dr. U. Fleck.
Goethe im Spiegel seines letzten Leibarztes: F. Sorge.
Diabetes und Eheschliessung: G. Katsch.

Nr. 46, vom 15. November, 1941.

Erfrierungen: R. Goldhahn
Über Wesen und Behandlung der sogenannten Überbeine: E. R. Welker.
Gedanken über praktische Psichotherapie: H. Nobbe.
Bemerkungen zur Arbeit „Die örtliche Sulfonamidtherapie in der Chirurgie" von Dr. P. und G. Bosse: K. Soehring.
Schlusswort: Dr. P. und G. Bosse.
Die Tuberkulose als Problem in Afrika: W. Roloff.
Nothilfe bei einer Entbindung: M. Schläger.

Nr. 47, vom 22. November, 1941.

Allgemeinbiologische Gedankengänge bai der Behandlun chirurgischer Erkrankungen (I.): H. J. Lauber.
Zur Therapie des vorzeitigen Blasensprunges der Übertragung und abgestorbenen Schwangerschaft.: W. Lüttge.
Organischer Herzschaden und Trainingsverlust.: Herbert C. Landen.
Zur Therapie der Hyperthyreose.: E. Jakob von Balden.

Hippokrates Nr. 43, vom 23. Oktober, 1941.

Die Krankheitslehre des Paracelsus betrachtet aus unserer Zeit: Dietrich
Fortschritte in der Behandlung der bösartigen Dyphtherie: Behr.
Aus der psichotherapeutischen Praxis (XXVIII): Heyer.
Der Naturforscher und Arzt Döllinger (1770—1841).: Hoftmann.
Die Bedeutung der Missgeburt: Krauss.

Nr. 44, vom 30 Oktober. 1941.

Einfluss der Eierestockshormone auf die Struktur und die Funktion der Gebärmuttermuskulatur: Kneer.
Zur biologischen Krebsbehandlung: Schlegel.
Beitrag zum Krebsproblem: Volkmann.
Der Kampf der homöopatischen Aerzte Württemaergs um die Dispensierfreiheit (1825—1934): Haehl.

Nr. 45, vom 6. November, 1941.

Säuglingsernährung nach Bessau: Keller.
Zur Fyelitis in der Gravidität: Hüssy.
Zwei Fälle von Lebertumoren, behandelt mit Naja tripud (Madaus) und Plenosol (Madaus): Haastert
Altes und Neues über die Taubnessel-Lamium album: Grusche.
Vitamine und Hormone: Alter.
Mirkstoffe: Haase-Bessel
Bus neuen Entscheidungen, Haftpflicht: Coermann.

Nr. 46, vom 13. November, 1941.

Die Behandlung der Verbrühung im Kindesalter: Fincke.
Zwischen Säuren und Alkalien (IV): Saller.
Über den Nachweis von Getreidenkeimen in Schroten und Gebäcken: Tettenborn.
Erwiderung zu Büttners Bemerkungen: Schmitz.
„Biologische" Behandlung: Krüger,

Nr. 47, vom 20. November. 1941.

Das Vollbad als Geburtshilfe: Lüttge.
Schlussbemerkungen zur Behandlung der Altersprostata: Zehn.

Der Landarzt. Nr. 42, vom 15. Oktober, 1941.

Bildung: Zaiss.
Chronische Apendicitis als Ursache von Kopfschmerzen: Karl Rings.

Nr. 43, vom 22. Oktober, 1941.

Die multiple Sklerose und ihre Behandlung: Werner H. Becker.
Ein psichiatrisches Gutachten des Collegium medicum Norimbergense: Hans Krauss.

Nr. 44, vom 29. Oktober, 1941.

Von der Zuckerkrankheit: Fritz Wagner.

Nr. 45, vom 5. November, 1941.

Angioreurosen: Becker.

Forschung am lebenden Modell: H. Welke.

Nr. 46, vom 12. November, 1941.

Grundlagen der Homeopathie: Erich Haehl.

Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung. Nr. 21, vom 1. November, 1941.

Die Behandlung der Herzinsuffiziens: W. Hollmann.

Über ambulante Einstellung bei Diabetes, unter besonderer Berücksichtigung der Dauerinsuline (Schluss): Karl Greiff.

Die modernen Behandlungsmethoden der Schizophrenie: Siegfried Möller.

Nr. 22, vom 15. November, 1941.

Wundbehandlung: Lorenz Böhler.

Über die modernen Methoden des serologischen Luesnachwaises (sog. Nebenreaktionen) und die Verwertung ihrer Ergebnisse in der Praxis: A. Poehlmann.

Heiratserlaubnis bei schizophrenie: Betzendahl.

Fortschritte der Therapie. Heft 10. Oktober, 1941.

Die richtige Dosierung bei der Kurzwellentherapie: H. G. Scholtz.

Experimentelle und klinische Erfahrungen mit Syntobilin, einem neuen syntetischen Cholereticum: E. Kirschner.

Ruhe und Arbeit als therapeutische Prinzipien, (Schluss aus Heft 9): W. Hollmann.

Welche Gesichtspunkte sind bei einer neuzeitliche Kalktherapie zu berücksichtigen?: K. Savelsberg.

Cormed bei Zwischenfällen im Insulinschock: W. Geller.

Wiener Medizinische Wochenschrift. Nr. 43, vom 25. Oktober, 1941.

Tuberkulinbehandlung: Kutschera-Aichbergen.

Die Neugeborenenstation unter kinderärztlicher Leitung: Karl Ossoinig.

Nr. 45, vom 8. November, 1941.

Krebs der Brustdrüse: A. W. Fischer.

Zum Frequenzanstieg der Pyodermienunter besonderer Berücksichtigung Kriegsbedingter Einflüsse: Walter Glass.

Eine Verbesserung der Citocholreaktion: Rudolf Hoschek.

Nr. 46, vom 15. November, 1941.

Die chrnnisch-kontinuierliche Behandlung der Syphilis (Einkursystem): B. Krückeberg.

Zur Goldbehandlung der Syphilis: Richard Geiger.

Herpes facialis: Ignatz Kallus.

Nr. 47, vom 22. November. 1941.

Über die otogene Meningitis und ihre moderne Behandlung, zugleich eine neue Modifikation der Liquor-Drainage: Y. Meurmann.

Über die Bestimmung der Kreislaufzeit: Arvo Vesa.

Über die sogenannte paradoxe Hormontäerapie bei Metropathia haemorrhagica: Mauri Rouhunkoski.

Indexul materiei*)

A

Pag.

Abces cerebral tific . . . 59
Abces gangrenos al plămânului . . . 334
Accidentele salvarsanice . . . 358
Acidul ascorbic un prestadiu al vitaminei C . . . 73
Acrodermatita atrofică tip Herzheimer . . . 59
Acţiunea cardiotonică a hormonului tireotrop . . . 68
Acţiunea injecţiilor intrahypotalamice de acetyl-cholină asupra activităţii hipofizare . . . 205
Afecţiunile acute ale căilor respiratorii în copilărie . . . 417
Allergia şi tuberculoza . . . 67
Allergie . . . 138
Alimentaţia şi sportul . . . 192
Alifia Ektebin în tratamentul tuberculozelor cutanate . . . 245
Alinarea durerilor de naştere prin Dolantin . . . 336
Amigdala lingual ă şi tusa cronică rebelă . . . 316
Anatomie şi fiziologie . . . 191
Anchete medicale la aşezăminte de ocrotire „Vatra Copiilor" Orlat şi „Turnu Roşu" Boiţa . . . 129
Angoscleroză coroidiană . . . 246
Angospasmele retiniene . . . 287
Antagonismul hormonilor sexuali . . . 35
Apariţia şi tratamentul aşa numitelor neuroze vegetative . . 245
Aplicaţia procedeului cu aspiraţia endocavitară . . . 142
Artrodeze în atropatiile tabetice . . . 68
Asistenţa sanitară a tineretului . . . 72
Asociaţia de intervenţiuni colapsoterapeutice cu aspiraţie endocavitară . . . 141
Asupra tratamentului Basedovului şi a tireotoxicozelor . . . 141
Asupra tratamentului pneumoniei cu eubasin . . . 143
Asupra infecţiunilor alimentare bacteriene . . . 143
Asupra ipotrombinemiei . . . 192
Asupra tratamentului cu prontosil în cărbune . . . 194
Asupra problemelor trahomului şi metodele pentru soluţionarea lor . . . 197
Asupra valorii aciditătilor în sucul gastric, la soldaţi . . . 243
Asupra a două cazuri de polinevrită anemică . . . 246
Asupra problemei tratamentului aparatului circulator în difteria toxică . . . 292
Asupra cercetării virulenţii bacililor difterici . . . 335
Asupra rezultatului terapeutic a trei diferite metode terapeutice în meningita epidemică . . . 335
Asupra ipotireozelor . . . 375
Asupra tuberculozei primare la adult . . . 417
Autonomia bugetară a spitalelor . . . 50
Azomanul în terapeutica schizofreniei . . . 246

B

Bazele electroterapiei practice . . . 191
Bloc artrio-ventricular complet de origine gripală . . 96
Biomicroscopia cristalinului în retinita pigmentară . . . 291
Bio- şi Patografia . . . 326
Biopsia sinovială . . . 68
Boala postoperatorie . . . 67
Boala, criza vitală şi destinul social . . . 332
Bolile prin virusuri ale omului . . . 466
Broşa lui Kirschner . . . 63

C

Cancer al plantei cu metastaze osoase multiple . . . 280
Cantitatea necesară de vitamină C şi hipovitaminoza C . . 72
Caracterul sezonier şi meteorotrop al tuberculozei . . . 137
Cardiazolterapia prin doze vertiginoase şi necovulsivante . . 145
Cataliza, acţiunea iodului, terapia cu uran . . . 197
Câteva din riscurile cateterismului trompei lui Eustache . . 144
Câteva consideraţiuni asupra epiteliomelor urechii externe 70
Câteva consideraţiuni asupra chirurgiei de războiu din campania actuală . . . 401
Ce se poate face în mod profilactic contra hemoroizilor . 417
Ce înţelegem prin boli tropicale . . . 417
Ce trebue să ştie medicul practician asupra vitaminelor 284
Cercetări experimentale asspra schimbării grupelor sangvine 58
Cercetări asupra carenţei oculte în acid ascorbic . . . 73
Cercetări referitor la reacţia de fixaţie a complementului în blenoragie . . . 196
Cercetări anatomo-patologice asupra lexiunilor cerebrale în demenţa precoce . . . 289
Cercetări asupra miozitelor perioculare experimentale cu BCG 253
Cercetări experimentale intrarachidiene cu prontosil . . . 243
Cercetări referitor la întrebuinţarea vitaminei C în intoleranţa salvarsanică . . . 377
Cheratita trahomatoasă experimentală . . . 343
Chist hidatic multiplu al ficatului şi chist pulmonar cu dextrocardie . . . 45
Chist hidatic al canalului rachidian . . . 60
Chimioterapia în meningita cerebro-spinală epidemică 91
Chimioterapia blenoragiei în lumina noilor experienţe . . . 291
Chimioterapia în infecţiile de războiu . . . 440
Chimioterapia plăgilor prin chemotherapeuticum 4029-9 Hoffmann la Roche . . . 244
Chimie şi microscopie clinică . . . 416
Clinica terapeutică medicală . . . 190
Compuşi sulfamidaţi în oto-rino-laringologie . . . 87
Combaterea durerilor în chirurgie, cu ajutorul Dolantin-ului 87
Comportarea reacţiunii vaso-motric a conjunctivei în diferite iradiaţiuni luminoase . . . 339
Colecistectomia la vârsta înaintată . . . 418
Complicaţiuni nervoase post-vaccino antirabice . . . 58
Concepţii noi în organizarea şi funcţionarea serviciului sanitar în campanie . . . 59
Conjunctivele papilare adevărate şi false . . . 339
Consideraţiuni anatomo-clinice asupra unui limfangiom cavernos al spaţiului recto-vaginal . . . 20
Consideraţiuni asupra nefritei scarlatinoase . . . 21
Consideraţiuni asupra plăgilor arteriale . . . 32
Conferinţă trimestrială a medicilor primari de judeţe şi şefi de municipii . . . 125
Consideraţiuni anatomo-clinice asupra cancerului primitiv al canalului hepatic . . . 158
Consideraţiuni asupra cazurilor de boli infecto-contagioase din serviciul de boli contagioase a Spitalului Public . . . 163
Consideraţiuni anatomo-clinice asupra oto-mastoiditelor . . 195
Consideraţiuni asupra febrei tifoide în Spitalul Epidemic din Cluj în anii 1935—1940 . . . 217
Criogenia în tratamentul febrei tifoide . . . 224
Consideraţiuni asupra operaţia Wertheim . . . 240
Conexiuni între hormonul cortico-suprarenal şi acidul ascorbic 243
Copii superior înzestraţi . . . 283
Consideraţiuni asupra Dolantin-ului, noul analgetic şi spasmolitic . . . 335
Consideraţiuni cu privire la organizarea şi funcţionarea serviciului sanitar în campania actuală . . . 452

*) Titlurile cu caracter aldin sunt articole originale.

Pag.

Considerațiuni în legatură cu un caz de rănire de războiu a laringelui 418
Considerațiuni asupra complicațiunilor hepato-biliare în febra tifoidă 399
Considerațiuni asupra malario-terapiei și piretoterapiei prin levură de bere în paralizie generală . . 370
Considerațiuni clinice asupra cancerului desvoltat pe bontul uterin 354
Contribuție la tratamentul plăgilor pulmonare prin airmă de foc 366
Controbuțiuni la întroducerea cyrenului în terapia turburărilor harmonale 376
Contribuțiuni la studiul electrocardiogramei în pericardită 210
Contribuțiuni la tratamentul meningitei pneumococică . . . 243
Contribuțiuni la tratamentul dermatozelor în războiu . . . 71
Contrlbuțiuni la problema reacțiunilor luetice pozitive nespecifice în lepră 146
Contribuțiuni la tratamentul maladiei serului cu Torantil . 193
Contribuțieni problema imunizării active contra dizenteriei 194
Contribuțiuni la tratamentul blenoragiei cu ser de reconvalescet 197
Contribuțiuni la tratamentul acneei vulgare cu Torantil . . 197
Contribuțiuni la chirurgia panusului cornean trachomatos . 198
Contribuțiuni la studiul fluxiunilor orbitare de orginină nasosinusiene 292
Cranioclastul ca dilatator și tractor 324
Cum se poate lămuri producerea cianozei în tratamentul cu sulfonamida? 245
Cuvânt înainte 2

D

Date statistice asupra febrei tifoide la Cluj 58
Deontologia medicală codificată 172
Deslipirea postoperatorie a choroidei 247
Despre un epiteliom calcifiat al pielii 71
Despre scurtarea duratei tratamentului blenoragiei 72
Despre mersul progresiv al tuberculozei ganglionare . . . 142
Despre pneumotoracele extrapleural 142
Despre terapia hipertireozelor cu magneziumglutaminat . . 192
Despre localizațiuni rare ale tricofiției 197
Despre chimioterapia piodermiilor 197
Despre forma nodulară de cow-pox la om 245
Despre terapie cu sulfonamide în șancrul moale 245
Despre utilitatea băilor zilnice 286
Despre tratamentul și natura Dishidrozei 290
Despre tabloul clinic al foliculitei eczematoase 336
Despre durata leucodermiei sifilitice 337
Despre acțiunea analgezică a Dolantinului 337
Diferite forme de tuberculoză cutanată la acelaș bolnav . . 280
Diferențierea tipurilor de meningococi 143
Dizenterie bacilară cu bacilul Flexner în Bretania 194
Dolantin în sughițuri 286
Dolantin un spasmolitic și analgezic nou în ginecologie . . . 288
Dolantin în sughiț 335
Două cazuri de gangrena penisului 281
Douăzeci de ani de activitate românească în Clinica Medicală I. din Cluj 189
Două medicamente noi în tratamentul epilepsiei 145
Dozajul foliculinei în ginecologie 419
Dreptul de a opera 240

E

Edem cronic al mâinii 59
Efectul șocului insulinic asupra tensiunei arteriale umerale și retiniene 68
Epidemia de febră tifoidă din comuna Galeș 228
Epilepsie giratoare 289
Epilepsie consecutivă unui tratament prin cardiazol . . . 70
Endocardită și septicemie cauzate de bacili difterici . . . 335
Enuresia nocturnă o avitaminoză 337
Eriteme pelagroide la un alcoolic 59
Eroii medicinei românești 282
Esofagofisura 418
Eupaverina pentru înlăturarea spasmelor grave musculare 334
Etiologia și tratamentul agranulozitozelor 196
Experimentări cu Glyboral în tratamentul epilepsiei . . . 70

Pag.

Experiențe cu chimioterapia locală prin mesudin-prontalbin 244
Experiențe cu Dioxidietilstilben 288
Experiențele unui plan de lucru de cinci ani în combaterea lupusului 146
Extracțiunea intracapsulară a cataractei 247
Extracțiunea totală a cataractei 247

F

Factorul intrinsec „Castle" în pelagră 303
Febra tifoidă și sarcina 320
Fenolemie și polipeptidemie la tifici 68
Fenomenul facialului și al peroneului în difterie 143
Fistula orbitopalpebrală stângă cu abces extra-dural . . . 58
Foliculinoterapia în tratamentul hemoragiilor . . . 29
Foliculite agminate Leloir 133
Forma pseudo-litiazică a cancerului pancreatic . . . 356
Forme evolutive deosebite ale epiteliomatozei superficiale 290
Framboesia, sifilisul și lepra 145

G

Gonoree acută complicată cu irită și artrită 59
Granulațiuni miliare pe suprafața irisului 247
Graviditatea după nefrectomie pentru tuberculoza renală . 375

H

Hemiplegie survenită în timpul lehuziei 109
Hemiatrofia facială dreaptă post-traumatică 292
Hemoragiile intestinale în cursul febrei tifoide . . . 60
Hemoragii meningee recidivante 419
Hidropizie maningeană difuză de origină otică 377
Hipertensiunea arterială pulmonară primitivă 285
Hormonul mamar și utilizarea lui în clinică 165
Hormonul folicular și malaria 265

I

Idei morfologice asupra septului nasal 419
Imaginea stratigrafică a plămânului 190
Imaginea radiografică în unele abcese extradurale 418
Importanța terapeutică a climei de iarnă 4
Importanța diagnostică a arteriografiei vaselor periferice . 375
Importanța tipurilor de pneumococi 417
Impunerile medicilor 63
Incercări de tratament al alcoolismului cu acid nicotinic . 193
Inciziunile tegumentare în hemilaringectomii 136
Infarctul coronarian și tratamentul său 192
Infecția colibacilară și graviditatea 25
Infiltrația simpaticului pelvian în practica obstetricală . . 74
Inhibiția lactației prin Oestromenin Merck 288
Injecțiile intravenoase lente și continue în terapeutică . 141
Inlocuirea morfinei în ginecologie, prin Dolantin . . . 288
Inmulțirea ulcerelor gastrice și duodenale în timpul războiului 286
In pribegie 3
Instilațiunea intravenoasă continuă 69
Instituții și personal medical și sanitar necesar pentru mediul nostru rural 178
Insuficiența suprarenală a avitaminozei C 243
Insulina în tratamentul plăgilor de războiu 195
Interesante complicațiuni în drenajul aspirator al cavernelor 193
Interpretarea aspectelor tomografice a vârfului pulmonar. . 416
Introducerea iodului și magneziului în tratament 131
Introducerea în radiologie 140
Introducere în corelațiile dintre constituție și tuberculoză . 284
Ipertensiune în difterie 375
Istologie și tehnică microscopică 241
Istoria ftiziei 242

L

Lacune de osificare a boltei craniene 68
Leprozeria din Tichilești 274
Lichen nitidus asociat cu lichen ruber plan 282
Lichen ruber plan după tratament specific 281
Limfangioame 133
Limfosarcomul gastric cu metastaze generalizate . . 313

Pag.

Locul hormonului masculin în ginecologie 144
Lupus eritematos al conjuctivei 197

M

Maladiile lui Paget 68
Maladia lui Thomson. Maladia lui Steinert. Acţiunea chininei 196
Maladiile alergice în lumina avitaminozei D 286
Malaria ca factor de degenerare şi de debilitate fizică . . 244
Manifestaţiile oculare ale unor tumori osoase primitive 81
Meningită prin bacterium enteriditis Gärtner 143
Meningo-mielită post vaccinală antirabică 266
Metoda de adaptometrie a lui Edmund şi Clemensen . . . 378
Moarte accidentală în urma fracturei bazei craniene . . . 240

N

Necesitatea înfiinţării secţiilor de boli pulmonare pe lângă spitalele corpurilor de armată 58
Neoplasm al stomacului operat 464
Neorologia în 1940 289
Nevrite optice retrobulbare vindecate prin trepanaţia sfeno-etmoidală 418
Nivelul mintal al paraliticilor generali înainte şi după tratament 305
Noi rezultate în prevenirea complicaţiunilor pulmonare post-operatorii 244
Noile medicamente sintetice ale malariei 143
Notă asupra iridociclitei cronice 246
Noţiuni noi în tratamentul insuficienţei circulatorii . 111

O

Observaţiuni asupra tratamentului durerilor operatorii cu analgeticul Dolantin 287
Observaţiuni clinice oto-rino-laringologice de război 430
Observaţiuni clinice asupra pelagrei şi tratamentului . . . 334
O contribuţie la tratamentul anemiei pernicioase 334
O complicaţie a pleurolizei: sindromul Claude-Bernard-Horner 222
O contribuţie la diagnosticul febrei tifoide prin puncţie sternală 194
O complicaţie rară într'un caz de parotidită epidemică: paralizie facială 56
Ocrotirea copilului în războiu 460
O metodă simplă de explorare a funcţiunei uro-secretoare 192
O pacitate corneană ereditară şi congenitală 198
Operaţiunile în cabinetul medical 333
Organizarea şi activitatea Spitalului de Zonă Interioară 482 Sibiu 457
Orientarea profesională a deficienţilor auriculari 242
O secţie turistică în cadrele „Societăţii Ştiinţelor Medicale“ 130
O scurtă contribuţie la problema reinfecţiei în scarlatină . 375
O şedinţă academică a Societăţii de Endocrinologie şi Obstetrică 52
Otita medie supracută, antrocelulotomie bilaterală 71

P

Parabioza în ginecologie şi endocrinologie 59
Paraplegie corticală prin traumatism accidental . . 99
Paralizie unilaterală a nervilor cranieri V—XII 135
Parotidita în febra tifoidă 364
Părerile actuale asupra hipertensiunei arteriale 193
Pasajul corpusculilor trahomului asupra ţesutului ochiului uman 197
Patologia corpilor străini în războiu 432
Persoana şi caracterul 285
Pneumonia cronică 286
Polinevrita alcoolică 334
Polinevrită toxică provocată prin Uliron 196
Populaţia Italiei în lumina studiilor rasiale 188
Preparatul „Camfotol“ 414
Prevenirea şi tratamentul accidentelor salvarsanice . 394
Prevenirea şi tratamentul abortiv al flebitelor 74
Prezentarea a patru cazuri operate pentru otosclezoză . . 144
Prezentarea unui caz de poliradiculo-nevrită în evoluţie . . 196
Primele observaţiuni asupra unui preparat nou Oestrogen 376
Principii în chirurgia de războiu 60

Pag.

Principiile fundamentale ale bioterapiei chirurgicale . . . 60
Problema tuberculozei în cadrul medicinei şcolare . 114
Problema tuberculozei pulmonare de războiu . . . 443
Procedeurile Crede şi Schultze 170
Producerea de febră artificială prin raze ultrascurte . . . 241
Profesorul Dr. Ioan Minea 1
Profesorul Ion Drăgoiu 149
Programul de activitate al Colegiului medicilor, Secţia Sibiu 61
Prognosticul tuberculozei laringiene 418
Programul de activitate al medicilor de circumscripţie rurală 185
Prostigmina şi surditatea 376
Psihologia persoanei 282
Psihoze foliculinice şi turburări circulatorii 419

R

Reacţia Gruber-Widal şi vaccinarea tifidă 143
Recidivele în febra tifoidă 134
Referitor la tratamentul cu Surfen 68
Referitor la clinica şi terapia perniosisului 71
Retinita lui Coats 292
Referat asupra organizării sanitare în Germania . . 119
Rezultatele terapeutice cu acid nicotinic în eritemele multiforme 290
Rezultate obţinute la cardiaci cu Dolantin 334
Rezultatul unei cercetări asupra frecvenţei sifilisului . . . 336
Rezultate obţinute cu un spasmolitic cu acţiune mio şi neurotropă 337
Rezultate în imunizarea contra difteriei 375
Rezultatul tratamentului cu Cyren în insuficienţa ovariană 376
Rolul soluţiunilor hipertonice în tratamentul migrenei . . 196
Recidive de rugeolă 287
Rolul secreţiunilor interne în vieaţa embrionară şi foetală 150
Rolul personalului sanitar auxiliar în medicina preventivă 123
Rolul sulfamidelor în terapia copiilor 59
Rubeolă echimotică 287

S

Sensibilizarea prin proba Casoni drept cauză de eroare în diagnosticul chistului hidatic 140
Septicemie streptococică la un nou născut 133
Septicemie otogenă; Transfuzie de sânge 71
Sexualitatea în timpul copilăriei şi adolescenţei 69
Sifilisul în circumscripţia Sălciua de jos 227
Sindrom Adams-Stockes reumatismal 106
Soluţia Prontosil-alcool-acetonă în tratamentul epidermofiţiei 377
Spitalele de răniţi din Sibiu 372
Spitalele de zonă interioară 448
Spre o colaborare internaţională eficace în domeniul combaterei tuberculozei 465
Stabilirea onorariilor medicale 63
Starea psihică şi diagnosticul psihiatric 285
Studiul paralel al câtorva probe funcţionale ale aparatului cardio-vascular 383
Studii asupra trahomului 198
Sufletul 332
Sulfamidoterapia locală şi importanţa ei pentru plăgile de războiu 269

T

Tehnica chirurgicală în epiteliomul rinichiului . . . 17
Terapia brucellozelor 244
Terapeutica sulfamidată 285
Terapia şi diagnosticul specific al actinomicozei 335
Tetania prin leziunea sistemului nervos la sugari 69
Tetanosul de războiu 195
Temperatura tisulară a ochiuiui la iepure 198
Tiroida şi sarcina 195
Toracoplastia cu apicoliză extrafascială 331
Transfuziune sanghină în doze mici, asociată cu radiumterapie 74
Transfuzia sangvină după Briem 375
Tratamentul medicamentos al hipertensiunei arteriale . . . 67
Tratamentul neurologic al distoniilor vegetative 70
Tratamentul cavernelor prin drenajul aspirator al lui Monaldi 134
Tratamentul bolilor interne 137
Tratamentul poliglobuliei primitive prin iradierea pilorului . 141

	Pag.
Tratamentul Depot al insuficienţii suprarenale	141
Tratamentul metroragiilor prin hiperfoliculinemia cu doze masive de hormoni de luteinizare	143
Tratamentul sclerozei multiple	145
Tratamentul medical al ipertiroidismelor	19
Tratamentul pelagrei cu acid nicotinic	193
Tratamentul pleureziei purulente	194
Tratamentul meningitei epidemice la copii cu eubasin şi albucid	194
Tratamentul ipertireozelor cu fluortirozim	243
Tratamentul sulfonamidat al blenoragiei la femei	245
Tratamentul pelagrei cu acid nicotinic	246
Tratamentul dizenteriei cu bacteriofag	287
Tratamentul sclerozei multiple	289
Tratamentele hormonale ale maladiei Addison	289
Tratamentul limfogranulomatozei inghinale cu Uliron	291
Tramatism cranian cu sindrom Gradenige consecutiv	292
Tratamentul cu Pilocarpină în bolile pulmonare	322
Tratamentul avortului	336
Tratamentul psoriazei prin infiltraţie cu Novocaină	336
Tratamentul rozaceei feţei şi ochiului cu ortidyn	236
Tratamentul parkinsonismului cu Dolantin	237
Tratamentul stărilor depresive cu Pervitin	367
Tratamentul bolilor infecţioase acute cu irgamid	375
Tratamentul prolapsului rectal prin procedeul Lockbart-Mummery	390
Tratamentul cu şoc insulinic în ulcer	417
Tratamentul anemiilor secundare cu Ferrum 3585	417
Tratamentul pneumoniei cu Eubasinum	418
Tratamentul fracturilor deschise de război a membrului inferior în spitalele de zonă interioară	427
Transfuziile sanghine în timp de războiu	435
Tratamentul cu băi parţiale progresive	467
Trei cazuri de secreţie lacrimală după paralizie facială	339
Trei cazuri de intoxicaţie cu plumb	42
Trichinoza	141
Tuberculoza în Plasa Câmpeni	410
Tulburările în coagulabilitatea sângelui la copii	191
Tularemia în Europa	143
Tumora secundară a lobului temporal drept: sindrom melancoloc	69
Tumora cranio-cerebrală secundară unui epiteliom al ficatului	70
Turburări hepatice la copii	69
Turburările în accidentele rachianesteziei şi tratamentul lor	37
Turburările labirintice într'un caz de tumoră cerebeloasă	379

U

	Pag.
Un caz de febră aftoasă la om	56
Un caz de polidactilie neobişnuită	59
Un caz de prurigo limfadenic	59
Un caz de pemfigus foliaceu	65
Un caz rar de tumora lui Eving	103
Un caz de guşe ereditară	132
Un caz de meningită meningococică	133
Un caz de bronchopneumonie la un copil	133
Un caz de meningită cerebro-spinală epidemică, tratat cu ser şi dagenan	133
Un caz de distrofie adipozo-genitală cu diabet insipid	134
Un caz de sifilis pustulos	134
Un caz de boala lui Paget	134
Un caz de chilurie neparazitară	134
Un caz de monstru foetal	237
Un caz de reacţie vaccinală generalizată la adult	239
Un caz de congelaţie în regiunea abdominală	280
Un caz de Acanthosis nigricans	280
Un caz de sifilom primar gigantic	280
Un caz de pityriază rubră pilară	280
Un caz de „cutis verticis gyrata"	280
Un caz de sifilide lichenoide şi pustuloase	280
Un caz de sclerogomă a feţei	280
Un caz de ipercheratoză foliculară avitaminozică	280
Un caz de boala lui Paget	281
Un caz de erizipeloid Rosenbach	281
Un caz de lichen atrofic	281
Un caz de psorospermoză foliculară Darier	281
Un caz de pemfigus congenital cu chiste epidermice	281
Un caz de tricofiţie profundă a regiunei pubiene	281
Un caz de hidroa vacciniformă Bazin	281
Un caz de epiteliom bazocelular al regiunei temporale	281
Un caz de lupus tumid al antebraţului	281
Un caz de hipercheratoză ichtioziformă	281
Un caz de favus cu godeuri pe pielea glabră	281
Un caz de lichen urticatus	281
Un caz de lupus eritematos asociat cu eriteme pernio	281
Un caz de xeroderma pigmentară	281
Un caz de limfogranulomatoză inghinală cu ulceraţii vulvare	282
Un caz de pityriază rubră pilară	282
Un caz de alteraţie gravă a cristalinului şi a ochiului prin radium	291
Un caz de aleucemie limfatică	239
Un instrument original de folos practic în confecţionarea modelelor reconstructive din plăci de ceară	310
Un nou semn în leziunile fascicolului piramidal	69
Un tratament al zonei prin sânge dela bolnavi care au suferit de zonă	143
Utilizarea clinică a vitaminei K	68

V

	Pag.
Valoarea diagnostică a meduloculturei în cursul febrei tifoide	194
Vieaţa şi opera învăţatului şi filosofului Claude-Bernard	283
Vlaga satului Văcăreni	271
Vitaminele şi aplicaţia lor clinică	66
Vitamina K şi importanţa sa clinică	139
Vitamina C şi K şi acţiunea lor asupra diatezei hemoragice	243
Vitaminele şi rezistenţa capilară	286
Vizita domnului Ministru al Sănătăţii la Sibiu	47

Indexul autorilor

A

	Pag.
Ambruş I.	430
Antonescu-Mazilu	322—324
Antonescu V.	59, 131
Ardelelean I.	228—233

B

	Pag.
Benetato Gr.	205—209
Berariu C.	140
Bologa E. I.	35, 246, 326—330
Briciu I.	21
Buzoianu Gh.	87, 135, 136, 242, 282, 284, 430
Bumbăcescu N.	134, 142, 414—415, 443, 455

C

	Pag.
Câmpeanu L.	60
Căprioară D.	143—144, 419, 452
Cenariu V.	170—171
Chirca I.	74
Ciplea Al.	96, 196
Coja N.	39
Comşa N.	125
Copăceanu M.	390—394
Cosma I.	50, 123
Coşereanu A.	324—326
Coţoi N.	240—241
Covali N.	197—198, 247, 291—292, 339, 378
Crişan C.	310—313
Crişan Gr.	195

D

	Pag.
Daniello L.	114, 130, 190-91, 242, 284, 416, 457
Daniel I.	224—226
Danicico I.	390—394
Dragomir L.	367—369
Duca I.	354—356
Duma D.	58, 99, 196, 246, 266—268, 289

F

Pag.

Fabritius J. 333
Faur Gh. 163—165
Fodor O. 42, 193
Foişoreanu C M. 73, 74
Frăţilă I. 271—273

G

Gavrilă I. 56, 58, 60, 66, 67, 68, 69, 91, 133, 134, 137—140, 141—142, 141, 143—144, 163—165, 189—190, 191—192, 193, 195, 217—222, 239, 241—242, 243, 244, 245, 269—271, 284—285, 286, 287, 320—322, 331, 334, 335, 364—365, 375, 399—400, 416, 418, 440, 458, 467
Gârbea St 29, 71, 196, 316—320
Gheorghiu C. 32
Gligore V. 142, 158—162
Graur I. 42
Grigoriu Cr. 3, 165—169, 265
Gundhardt 285
Guţia V. 63

I

Ilea T. 228—233
Ionaşiu L. 305—309

K

Karenberg 59
Kernbach 172—178, 331—333
Kleitsch 366—367

L.

Lefter 134
Lenghel N. 281
Lubu M. 136

M.

Macavei I. 313—316
Mateş E. 305—309
Maugsch C. 303—304
Meţianu C. 141, 210—217, 243, 285
Mihail D. 82, 253—265, 343—354
Mihail N. 322—324, 443, 455
Mihalcea I. 280, 281
Mihalescu O. 280, 281, 282
Mihăese Oct 410—414
Mircioiu C. 32, 195, 401—409
Modran L. 68, 71, 72, 145—146, 196—197, 233—237, 245, 274—280, 281, 289, 336, 337, 377
Moga A. 111, 134, 210—217
Munteanu N. 205—209

N.

Nana A. 435
Neagoş P. 239
Niţescu I. I. 303—304
Niţescu R. 401—409

O.

Oprean Oct. 185—188
Opriş A. 282

P.

Papilian V. 2, 149—150, 222—224
Parhon I. C. 150—158
Păcescu N. 281
Păcurariu Gh. 65
Păcurariu I 82, 253—265
Păcurariu L. 82, 343—354
Păunescu M. 237—239
Petrescu I. 59, 165—169, 265
Petrescu Tr. 108, 354—356
Pop Al. 428
Pop L. 280, 281, 282
Popa R. 20
Popoviciu G. 136
Popovici Gh. 65
Popovici T. 20
Prăgoiu I. 60, 432

R.

Pag.

Radu P. 103, 158—162, 313—316
Retezeanu Al. 367—369
Ronai I. 281
Rusu S. 222—224

S.

Secărea V. 96
Şerbu I 70, 196, 246, 290, 370—373
Schiau S. 224—226
Sirbu P. 410—414
Spătaru T. 240
Stanciu V. 45, 58, 59, 356—358
Stoenescu Th. 69, 70
Stoichiţia I. 119
Sturza Marius 4, 137
Susan B. 103
Süssmann F. 240

T.

Tănăsescu H. 25
Tătaru C. 133, 134
Tăuteanu L. 227—228
Teşoiu M. 390—394
Thullner M. 63
Tiberiu I. 64
Timoc I 142, 193—194
Ţârlea P. 59, 133, 134, 239, 280, 281, 282, 358—364, 394—398
Ţeposu E. 17

U

Ursu L. 59, 222—224, 443, 448, 455

V

Velluda C. 188—189
Veres E. 280, 281
Viciu E. 106, 383—389

Z

Zolog M. 178—185

EUPHORYL
DERMATOSE
PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI
CUTANATE
INTOXICAŢIUNI
3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE,
INJECŢIUNI INTRAVENOASE
Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, P
Euphoryl
infantil
(GRANULE SOLUBILE)
TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ
POSOLOGIE
1 linguriţă de calea după an de vârstă
LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS
ANA
PARIS
hirudinase
(DRAGELE)
DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI
Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare
Creiat şi experimentat în spitalele din Paris.
INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORRE
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFICIENTUL DE FICSARE
Salicilatului ANA
170 %
Salicylate
SURACTIVE
"ANA"
SALICILAT DE SODIU
în combinaţie
CALCO MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT
32 gr.
SALICILAT de SODIU
SUPRAACTIVAT
SOLUŢIE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE
Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare
Reumatism - ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS, XII
Paul ILUTZA, 23, Sroda OLARI - BUCURESTI, IV

Perlatan-Calcium

în turburările **menopauzei**

Compoziţie:

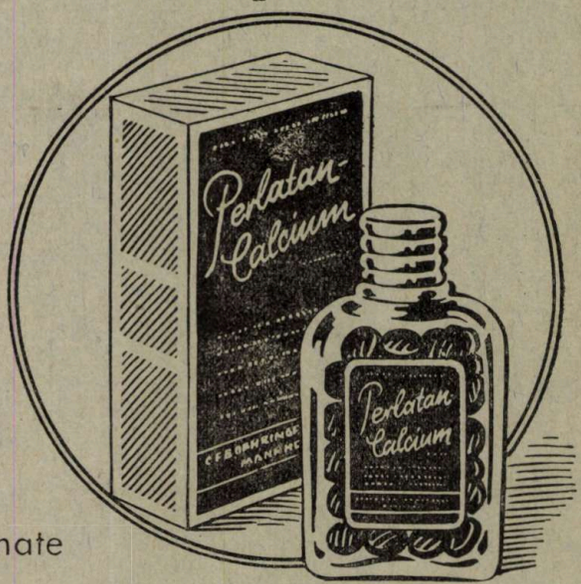
100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate



C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III. Strada General Eremia Grigorescu, 6.

CHLORO-CALCION

Laboratoires MICHELS – 4bis, rue du Colonel Moll, PARIS.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.

Redacționale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 400. Pentru autorități 600 Lei. Pentru studenți 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Casierul Revistei este d-l Dr. O. Fodor.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

1 pagină odată 3.000, 3 ori 8.000, 6 ori 15.000, 12 ori 25.000 Lei
1/2 „ „ 2.000, „ 5.000, „ 8.000, „ 15.000 „

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

BISMUTOTERAPIA SIFILISULUI

PE CALE INTRAMUSCHIULARA

NÉOCARDYL

SOLUTIE OLEIOASA
de butil-tio-laurat de bismut

INJECTII NEDUREROASE
ELIMINARE INCEATA SI CONTINUA

Prezenta sulfului în molecula favorizeaza actiunea terapeutica datorita proprietatilor sale antitoxice.

NEOCARDYL
(PENTRU ADULTI)
cutii cu 12 fiole de 1 1/2 cc. continând 0,075 gr. de bismut metal

NEOCARDYL
(INFANTIL)
cutii cu 10 fiole de 1 cc. continând 0,015 gr. de bismut metal

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)